ANNALI

DI

OSTETRICIA e GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Dott. **G. Bargioni** (*Firenze*) — Dott. **L. Bergesio**, lib. doc. (*Torino*) — Prof. **G. Berruti** (*Torino*)
Dott. **A. Bertazzoli**, lib. doc. (*Milano*) — Dott. **L. M. Bossi**, lib. doc. (*Genova*)
Dott. **E. Bruers** (*Bologna*) — Dott. **F. Candia** (*Napoli*) — Dott. **F. Caruso** (*Napoli*)
Prof. **D. Chiara** (*Firenze*) — Dott. **G. Cosentino**, lib. doc. (*Palermo*)
Dott. **E. Curatulo**, lib. doc. (*Roma*) — Dott. **C. Decio** (*Milano*) — Prof. **E. F. Fabbri** (*Modena*)
Prof. **E. Falaschi** (*Siena*) — Dott. **E. Fasola**, lib. doc. (*Firenze*) — Dott. **M. Fermi** (*Parma*)
Dott. **G. Gelli** (*Firenze*) — Dott. **G. Kirch** (*Nuova York*) — Dott. **V. Lauro**, lib. doc. (*Napoli*)
Dott. **F. La Torre** (*Roma*) — Prof. **C. Liebman** (*Trieste*) — Dott. **A. Manzoni** (*Milano*)
Dott. **O. Marchioneschi**, lib. doc. (*Pisa*) — Dott. **C. Marocco**, lib. doc. (*Roma*)
Dott. **A. Maroni** (*Milano*) — Dott. **A. Martinetti** (*Firenze*) — Prof. **C. Massarenti** (*Bologna*)
Dott. **F. Meola**, lib. doc. (*Napoli*) — Prof. **C. Minati** (*Pisa*) — Prof. **O. Morisani** (*Napoli*)
Prof. **P. Negri** (*Venezia*) — Prof. **M. Pantaleo** (*Palermo*) — Dott. **F. Parona** (*Novara*)
Prof. **E. Pasquali** (*Roma*) — Dott. **G. Piazza** (*Milano*) — Dott. **E. Pinzani**, lib. doc. (*Bologna*)
Dott. **R. Polacco** (*Milano*) — Dott. **N. Postiglione** (*Napoli*) — Prof. **R. Pugliatti** (*Messina*)
Dott. **G. Roncaglia**, lib. doc. (*Modena*) — Dott. **U. Rusconi** (*Milano*) — Dott. **P. Sacchi** (*Cremona*)
Dott. **A. Sani** (*Firenze*) — Dott. **G. Scarlini**, lib. doc. (*Siena*) — Dott. **E. Secchi** (*Milano*)
Dott. **R. Segré** (*Milano*) — Dott. **P. G. Spinelli** (*Napoli*) — Prof. **E. Truzzi** (*Novara*)
Dott. **M. Vercelli** (*Saluggia*) — Dott. **F. Villa** (*Milano*) — Prof. **E. Welponer** (*Trieste*).

ANNO XIII - 1891

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF IRELAND
19 JAN 92
LIBRARY

MILANO
TIPOGRAFIA LODOVICO FELICE COGLIATI
Via Pantano, 26.

2

Anno XIII. Gennaio 1891. Num. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DAL LABORATORIO DELL'ISTITUTO CHIRURGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Diretto dal Senatore Prof. **Francesco Durante**

RICERCHE ISTOLOGICHE E CONSIDERAZIONI CLINICHE
sulle alterazioni della mucosa uterina
NEI TUMORI DELLA MATRICE
e Contributo allo studio dell'origine degli elementi della decidua

(CON DUE TAVOLE IN FOTOTIPIA)

PER IL
Dott. GIACOMO EMILIO CURATULO
Tesi di Libera Docenza in Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Roma.

Delle svariate alterazioni che possono colpire la mucosa uterina abbiamo voluto studiare in particolar modo quelle che si osservano in concomitanza ai tumori della matrice. Infatti oltre allo interesse che hanno esse destato, al disaccordo in questi ultimi tempi vivissimo relativamente alla loro esatta interpretazione, onde richiedevansi ulteriori e più numerose ricerche, ci è sembrato d' altro lato potere indirettamente venire ad una quistione, che più da vicino interessa l' ostetrico e l' embriologo, e che pur essendo ancora *sub judice*, è tuttavia onore italiano l'averne già tentata la soluzione con pregevolissimi lavori e pazienti ricerche. Voglio alludere all'origine tanto controversa delle cellule deciduali.

Io divido adunque il mio lavoro in tre parti: nella prima mi occuperò dello stato dell'endometrio nel carcinoma del collo uterino, nella seconda delle alterazioni della mucosa uterina nei fibro-miomi, nell'ultima parte mi intratterrò dell' origine degli elementi cellulari della decidua.

I.

Varie in verità sono le ragioni per le quali la mucosa dell'utero è stata oggetto da qualche tempo in qua di particolare studio e considerazione.

La mercè del raschiamento endouterino abbiamo nelle nostre mani, allorchè ci premuniamo delle più rigorose cautele antisettiche, un mezzo semplicissimo ed innocuo, che può nel medesimo tempo servirci e come elemento di diagnosi e come elemento curativo.

Quest' atto operatorio, di cui R. Pichevin (1) ci diede in uno degli ultimi numeri dei *Nouvelles Archives* una storia minuta, combattuto e ritenuto come pericolosissimo in principio del suo apparire in ginecologia, generalizzato forse un po' più del giusto in seguito, tende oggi, ed a buon dritto, a rientrare nei suoi giusti limiti, nelle sue precise indicazioni. Il *curettage* dell'utero può riuscire utilissimo infatti, ed ha effetto curativo, come afferma Doléris (2), e gran parte convengono, nelle affezioni della mucosa uterina; ma non in quei casi nei quali ad esse si complicano le metriti inveterate, o si associano deviazioni della matrice. Del pari problematico, anzi nocivo, si è l'effetto del raschiamento nelle lesioni degli annessi: salpingiti, ovariti, pelvi-peritoniti, caratterizzate da processi vegetanti, o nettamente iperplastici dell'endometrio.

Ma l' importanza di questa operazione deve oggidì giustamente riconoscersi più come elemento di diagnosi, che come mezzo terapeutico. Gli studî recenti sulle affezioni dell'endometrio hanno arrecato grandissima luce su talune forme morbose prima totalmente sconosciute. Le endometriti di origine microbica, le endometriti così dette infettive, la blenorragica, la tubercolare, la sifilitica, non possono che mediante l'esame istologico e batteriologico con sicurezza venir diagnosticate, ed a seconda delle diagnosi, noi modificheremo ed indirizzeremo la terapia. Così è che il raschiamento esploratore preconizzato in Germania da Hé-

---

(1) *Nouvelles Archives d'Ob. et de Gyn.*, N. 6. Giugno 1890. R. PICHEVIN. « Du curage de l'utérus. »

(2) Académie de Médecine. Seance du 15 avril 1890. *Semaine Médicale*, N. 17, 1890.

gar e Kaltenbach (1), in Francia comunemente eseguito da Doléris e raccomandato da Terrillon nella sua nuova opera (2), costituisce un mezzo preziosissimo e sovente indispensabile ogni volta che si è in dubbio se si tratti di metrite, di neoplasma o di prodotti di aborto (3). « C'est à l'examen des produits de raclage, scrive Paul Petit (4), qu'il faut s'en remettre souvent pour différencier l'inflammation du néoplasme et toujours pour distinguer les variétés de l'endometrite » e più oltre aggiunge « .... il est temps de faire profiter les malades de ce qui est acquis à ce sujet et que le curage explorateur, tel que l'a institué M. Doléris, devrait le plus souvent précéder l'examen post-opératoire, toujours utile comme moyen de verification. »

A parte tutto questo però, è da tenere presente come la mucosa uterina per la funzione cui è destinata, per il lavorìo continuo al quale va in preda nella mestruazione e nella gravidanza, e per altre influenze morbose del tutto estranee alle sue funzioni fisiologiche, può in modo assai frequente essere lesa e nella sua normale tessitura più o meno profondamente modificata.

Che se poi si vorrà eziandio considerare come tali alterazioni non presentano note caratteristiche tanto spiccate, che ben distintamente esse possano venir differenziate, talvolta anche ad un occhio esercitato alle ricerche istologiche, se non dietro un accurato e paziente esame, si comprenderà ancora meglio la ragione della vera ed assoluta necessità di avere qui, più che altrove un esatto criterio diagnostico e si troveranno ben giustificate quindi le numerose ricerche in proposito istituite.

Qui più che in ogni altro capitolo della ginecologia è di grandissimo interesse l'avere una rigorosa diagnosi anatomo-patologica, la quale possa servire al clinico di guida per il trattamento da impiegare, onde non abbiano da false premesse a trarsi conclusioni non giuste, che autorizzano l'operatore a gravi ed energici interventi, o a mettere d'altro lato in opra una terapia molto palliativa od incompleta, con grande svantaggio della salute delle inferme.

---

(1) Hégar et Kaltenbach. « Traité de gynécologie opératoire. »

(2) Terrillon. « Leçons de clinique chirurgicale. » D. Doin, édit., 1889.

(3) *Nouvelles Archives d'Obstetrique et de Gynécologie,* N. 7, Juillet 1889, pag. 305-306: P. Petit « Nécessité d'un diagnostic précis en Gynécologie. »

(4) *Nouvelles Archives d'Obstetrique et de Gynécologie,* N. 5, Mai 1889, pag. 213: « Necessité d'un diagnostic etc. »

Ma io sento il bisogno di manifestare da canto mio, come pienamente condivida il timore ed il dubbio del ginecologo francese testè menzionato, Paul Petit, che cioè, il progresso della clinica e della istologia abbia a farci fare un passo indietro nella terapia locale dell'endometrite. Oggidì forti dei mezzi dei quali disponiamo e dei benefici effetti della antisepsi, siamo divenuti troppo arditi e s' interviene con atti operativi assai gravi, anche quando la loro indicazione non è interamente giustificata o quando altri mezzi più esatti di diagnosi potrebbero pria essere tentati. Così vediamo chirurgi praticare l'asportazione completa dell'utero senza una precisa indicazione di un atto operatorio sì grave, e talvolta magari sotto l'usbergo di una diagnosi microscopica frettolosamente od incompletamente eseguita. L'indagine istologica è senza dubbio un mezzo preziosissimo per farci arrivare in tempo e con un intervento radicale nelle affezioni maligne; ma essa può sovente con grande facilità trarci in inganno. Dopo numerose ricerche istologiche sulla mucosa uterina variamente affetta, che mi si è data occasione di praticare, si è formato entro di me fermo il convincimento della grandissima facilità che v'ha nel commettere errori di diagnosi, nell'interpretare per produzioni maligne quelle che possono essere non altro che l'effetto dell'infiammazione semplice.

Si fu la lettura di un lavoro di Abel, pubblicato nell'*Archiv für Gynäkologie* (1), che mi spinse, anche per invito del prof. Mangiagalli, ad incominciare sin d'allora uno studio sulle alterazioni dell'endometrio nel cancro del collo dell'utero, a controllare i risultati dal lavoro citato. E mi è grato qui rammentare come si fu nel Comparto ginecologico-ostetrico dell' Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal Chiarissimo Professore Mangiagalli, e col consiglio ed aiuto di questi che ebbi ad incominciare le prime ricerche sulle isterectomie ivi eseguite. Tanto più utile ci parve allora l'iniziare queste ricerche, in quanto che il problema dal ricercatore tedesco sollevato presentava grandissimo interesse dal punto di vista pratico, siccome eziandio ebbi a farne menzione in una mia precedente pubblicazione (2). Che se è ora soltanto che le mie ricerche

---

(1) Bd. 32, pag. 271. « Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio. »

(2) G. E. CURATULO. « Sulla cura palliativa del cancro dell'utero inoperabile e sul trattamento dell'endometrite cronica col cloruro di zinco. » *Morgagni*, novembre 1889.

vedono la luce, egli è perchè ho voluto raccogliere maggiore materiale possibile di studio, ho voluto estendere l' indagine anco sulle condizioni dell'endometrio nei fibro-miomi, istituire esami di confronto delle mentovate alterazioni con quelle delle comuni forme d'endometriti, e come accade sovente a chi si dà allo studio di un dato argomento, che mai può arrestarsi ai limiti prepostisi, sono stato condotto, come dissi sin da principio, ad intrattenermi alquanto della quistione tanto dibattuta della origine delle cellule deciduali, quistione che coll' argomento principale delle presenti ricerche ha non poca attinenza.

Gli uteri affetti da carcinoma del collo, estirpati per la via della vagina, e che furono oggetto di studio ammontano a venti. Il metodo che ho seguito in tutti i casi per l'esame della mucosa fu il seguente:

L' utero appena asportato, veniva con un taglio longitudinale, interessante tutto il viscere dal fondo alla cervice, diviso in due metà laterali. Osservata accuratamente ad occhio nudo la mucosa rivestente la cavità, lo stato della superficie, lo spessore, il colorito di essa, evitando ogni maltrattamento, venivano i pezzi induriti in alcool assoluto. Dopo intagliavo nelle varie zone della cavità uterina pezzi di mucosa della larghezza di cent. 1-1 1[2 circa, insieme a gran parte della parete muscolare.

La sezione dei pezzi già inclusi in celloidina, o in paraffina veniva praticata col microtomo a slitta di Young e come sostanze coloranti vennero adoperate il picro-carminato di ammoniaca, il picro-litio carminio di Orth, l'ematossilina, la safranina ecc.

Osservazione I (1).

Isterectomia vaginale per carcinoma midollare della porzione vaginale del collo. — Utero appartenente a V. L., di anni 25, lungo cm. 8; il collo è

---

(1) Gli esami di questi primi sei uteri furono fatti nel Gabinetto di Anatomia Patologica dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal dott. Visconti, su uteri estirpati dal prof. Mangiagalli nel Comparto ginecologico ostetrico da lui diretto. All'egregio dottor Visconti che ebbe la cortesia di rivedere i miei preparati ed all'assistente dott. Remo Segrè che mi aiutò nelle sezioni rendo qui grazie distinte.

grosso, presenta sul labbro anteriore un'ulcerazione irregolare, di colore rosso-scuro con una incisura trasversale, il labbro posteriore è di colore rosso-vivo e depitelizzato. La mucosa della cavità uterina è spessa mm. 2, liscia, rossastra, specie vicino all'orificio delle trombe, leggermente ricoperta di muco. La mucosa del canale cervicale è in alcuni punti ulcerata, in altri presenta delle rilevatezze. Fu fatta diagnosi di carcinoma midollare della porzione vaginale del collo.

Al microscopio la mucosa di tutto il corpo si mostra fortemente infiltrata da elementi cellulari rotondi con uno o più nuclei; questi elementi che infiltrano e costituiscono lo stroma interglandulare si atteggiano profondamente ad elementi fusati; sviluppo considerevole di capillari sanguigni. Nella regione del fondo le glandule otricolari sono entro i limiti normali, sebbene in tali punti siano ramificate e si approfondiscano nello strato muscolare superficiale; normale l'epitelio cilindrico che le tappezza. Nella zona media del corpo è più marcata la iperplasia delle glandule, esse sono tortuose ed osservansi in taluni punti delle vere ectasie cistiche.

Questa iperplasia ed ipertrofia glandulare si fa ancora più marcata man mano che i tagli vengono praticati nella zona inferiore della mucosa del corpo. Quivi l'alterazione è quella caratteristica dell'adenoma. La mucosa del canale cervicale è in parte invasa dal processo neoplastico, il tessuto sottomucoso è infiltrato tutt'attorno da elementi embrionali giovani.

Osservazione II.

Isterectomia vaginale per carcinoma del muso di tinca, forma vegetante. — Utero appartenente a M. I., d'anni 39, è lungo cm. 8. Il corpo uterino è quasi il doppio del volume normale; il collo si mostra invaso da una massa neoplastica irregolare, bernoccoluta, in diversi punti spappolata per le manovre operatorie. La mucosa ad occhio nudo è di un colorito grigio-rossastro, a superficie leggermente rugosa e rammollita; è spessa mm. 2 1[2.

Al microscopio tutta la mucosa nel suo stroma interglandulare lascia vedere un'infiltrazione marcata di cellule rotonde, talune piccole, altre assai più grosse a protoplasma torbido, con uno o più nuclei. Questa infiltrazione di elementi rotondi si mostra in taluni punti pronunziatissima ed in altri gli elementi vanno assumendo la forma fusata, divenendo addirittura fusiformi e formando talora dei fascetti disposti alcuni parallelamente alla superficie della mucosa, alcuni obliquamente.

Le glandole nel fondo sono normali; nella zona media si hanno i caratteri più marcati dell' endometrite glandulare, che però nella zona

inferiore passa i limiti ad essa assegnati per invadere quelli dell' adenoma destruente papillare di Ziegler (1). Quivi le glandule si approfondano e notevolmente nello strato muscolare distruggendolo; molto assottigliata è la sostanza interglandulare. La stessa forma morbosa si manifesta ancora più evidente in tutta la mucosa della cervice. La neoplasia del collo era costituita da una forma spiccatissima di cancro a cavolo fiore.

Osservazione III.

Isterectomia vaginale per carcinoma del canale cervicale a cellule pavimentose e cilindriche. — Utero appartenente a M. F., d' anni 28; la cavità misura cm. 7 1[2. È ingrossato nel suo corpo e nel collo; quest'ultimo mostrasi in alcuni punti ulcerato, in altri offre dei noduli duri. La mucosa ad occhio nudo si presenta di colorito rosso assai scuro; è cosparsa da lievi rilevatezze, che si sollevano pochi millimetri al di sopra del suo livello.

Al microscopio la mucosa del fondo presenta i caratteri di un adenoma destruente, il tessuto interglandulare è scomparso, le glandule si toccano l'una coll' altra e si approfondano nella parete uterina per un tratto non breve. Dal fondo venendo alla porzione inferiore l'utero venne nel corpo diviso in tre zone. Nella prima, partendo dall' alto, si hanno caratteri analoghi a quelli descritti nel fondo, se non che quivi le glandule presentano qua e là notevoli ectasie cistiche, visibili ad occhio nudo od armato di lente; al microscopio queste dilatazioni glandulari si vedono tappezzate da epitelio cilindrico. Il rivestimento epiteliale della mucosa è ben conservato, in taluni punti si mostra appiattito. Nella seconda zona, o media, le glandule ritornano al normale e si notano invece delle lacune di varia grandezza in mezzo allo stroma interglandulare, contenenti dei corpuscoli sanguigni quasi ridotti tutti a cerchiello. Anche l' epitelio di rivestimento interno della mucosa è quasi ben conservato.

Nella terza zona, o zona inferiore del corpo, non esiste più l'epitelio di rivestimento della mucosa e non si osservano più glandole di nessuna sorte. La mucosa è riccamente infiltrata da cellule embrionali e si osservano in modo irregolare tanto negli strati più superficiali, quanto in quelli confinanti colla tunica muscolare pochi nidi di cellule a tipo pavimentoso con nucleo relativamente voluminoso, con nucleolo vescicolare e che dal loro insieme si direbbero zaffi di carcinoma a cellule piatte.

---

(1) Ziegler — « Anatomia Patologica. » Parte I, 257.

Nella porzione cervicale ricompare l'elemento ghiandolare assai sviluppato con i caratteri dell'adeno-carcinoma. La mucosa offre qui in tutto il suo spessore una infiltrazione di cellule connettivali, che dagli strati più profondi va facendosi più marcata verso gli strati superficiali, ove è pronunciatissima nello strato sub-epiteliale.

Il bordo inferiore della mucosa del canale cervicale è fatto da grosse papille rivestite da epitelio cilindrico, le cui cellule si presentano ipertrofiche a protoplasma torbido. Questa porzione del collo presenta quindi quella forma morbosa descritta da Ziegler sotto il nome di *adenoma destruente papillare, o adeno-carcinoma a cellule cilindriche.*

Osservazione IV.

Isterectomia vaginale per carcinoma del canale cervicale. — Utero appartenente a C. P., di anni 50; è lungo cm. 7 1[2. Il corpo è il doppio del suo volume normale, la porzione cervicale è quasi completamente distrutta dalla neoplasia e per le manualità operatorie. La mucosa si presenta grigio-rossastra, ricoperta da pochi fiocchi di pus, leggermente scabra, piuttosto rammollita.

Al microscopio la mucosa del fondo presenta i caratteri dell'endometrite glandulare; nella prima zona immediatamente al di sotto, quelli del carcinoma glandulare. Questi caratteri si mostrano più pronunziati nella seconda zona, e nella parte più inferiore del corpo si riscontrano in taluni punti numerosi zaffi carcinomatosi, che si approfondano nella tunica muscolare.

Osservazione V.

Isterectomia vaginale per carcinoma del canale cervicale. — Utero appartenente a L. M., d'anni 35. È lungo cm. 8. Macroscopicamente nessuna alterazione visibile della mucosa del corpo, è leggermente iperemica, liscia in tutta la sua estensione.

La mucosa del canale cervicale si mostra in parte invasa dal processo neoplastico, appartenente a quella forma da Schroeder e Martin distinta col nome di carcinoma della mucosa cervicale (forma cavitaria del Barraud) (1).

---

(1) Maurice Barraud. « Hysterectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col de l'utérus. » Paris, 1889.

Al microscopio si notano i caratteri dell' endometrite glandulare con iperplasia glandulare notevole ed infiltrazione dello stroma interglandulare di elementi cellulari rotondi con uno o più nuclei, più o meno grossi, e che nella porzione più profonda della mucosa si atteggiano ad elementi fusiformi. Assai indistinto è il limite tra muscolare e mucosa.

Osservazione VI.

Isterectomia vaginale per carcinoma del canale cervicale. — Utero appartenente a C. A., di anni 22. Nessuna alterazione visibile ad occhio nudo nella mucosa uterina.

Al microscopio si notano alterazioni glandulari riferibili, come quelli del caso precedente, all' endometrite glandulare iperplastica. Il tessuto interstiziale mostrasi infiltrato da elementi rotondi e fusati, che per nulla però fanno sospettare trattarsi di una degenerazione sarcomatosa della mucosa.

Osservazione VII.

Isterectomia vaginale per cancro della porzione vaginale. — Utero lungo cm. 8, le pareti muscolari assai ispessite; la mucosa liscia, leggermente più spessa del normale, il colorito non si potè constatare, essendo già il pezzo anatomico in alcool da qualche mese.

All' esame microscopico della mucosa del corpo si constatò un' endometrite glandulare con partecipazione del tessuto interstiziale. Le glandule sono slargate e tortuose, dirette assai obliquamente alla superficie della mucosa. Talune sono ripiene di cellule linfoidi e di muco, l'epitelio cilindrico che tappezza la parete è ad un solo strato. Il tessuto interglandulare è costituito da elementi fusati, che qua e là si modifica in tessuto fibroso. Nella parte più superficiale notansi elementi cellulari rotondi con uno o più nuclei a protoplasma torbido; essi però sono in scarso numero, essendo invece prevalenti gli elementi fusiformi.

Osservazione VIII.

Isterectomia vaginale per carcinoma della porzione vaginale. — Utero lungo cm. 7 1[2, grosso nel suo corpo, il collo si mostra invaso da una neoplasia irregolare, bernoccolata che facilmente si spappola.

Macroscopicamente la mucosa della cavità uterina si mostra leggermente ispessita e scabra. Al microscopio si trova sfaldato l'epitelio cilindrico, che tapezza normalmente la cavità uterina. Tutta la mucosa è infiltrata dai soliti elementi cellulari rotondi, specialmente nello strato sub-epiteliale, con uno o più nuclei, a protoplasma torbido; alcuni si atteggiano ad elementi epitelioidi, altri sono assai grandi e si rassomigliano alle cellule deciduali. (Tav. I, *A. B.*) In mezzo ad essi se ne notano taluni più piccoli simili a cellule linfoidi, questi si riscontrano più abbondanti nello strato medio della mucosa ed attorno ai vasi. Negli strati più profondi essi assumono la forma fusata e si possono seguire taluni insino agli strati muscolari, che anzi taluni più piccoli sembrano partire dalle lamelle connettivali, che separano i fasci e le fibre muscolari. Questi elementi anatomici che si vedono assumere la forma fusata, formano dei fasci ondulati sì da non lasciare alcun dubbio di trattarsi di fibro-cellule muscolari sezionate, per la loro forma e per quella del loro nucleo. Gli elementi cellulari sono sparsi in una sostanza omogenea amorfa o finamente fibrillare, che è più facilmente visibile con la colorazione all'ematossilina. Le glandole si mostrano assai tortuose, e talune presentano in modo veramente caratteristico quella forma speciale designata da Ruge col nome di *Korkzieherartige Form*, e da Cornil, *en tire-bouchon*. L'epitelio cilindrico tappezzante il lume interno delle glandule è formato da uno o più strati, non si vedono le ciglia vibratili (Tav. I, *b. b'*). Le glandule spesso si vedono staccarsi tutt' attorno dal tessuto interglandulare, il quale nel suo strato più interno, che sta in contatto con la parete glandulare è formato da cellule piatte ben conservate (Tav. I *c. c'*). Si nota un discreto sviluppo di vasi sanguigni, tanto nella parte superficiale della mucosa, che nella profonda. Non è molto distinto il limite della mucosa da quello della muscolare, le glandule si approfondano per un bel tratto nel tessuto uterino.

Osservazione IX.

Isterectomia vaginale per epitelioma del muso di tinca. — Utero lungo cm. 7 1[2; esso presenta tre fibromi, dei quali uno della grossezza di una nocciola sottosieroso sul fondo, gli altri due più piccoli intramurali, situati l'uno nella parete anteriore, l'altro nella posteriore. La mucosa ad occhio nudo non presenta nulla di rimarchevele, è assai iperemica, non ispessita, liscia.

Al microscopio si constata un' endometrite glandulare con partecipazione del tessuto interstiziale, specialmente in corrispondenza dei piccoli fibromi. Anzi in questi ultimi punti le glandule sono assai scarse,

mentre che abbonda il tessuto interglandulare con sviluppo notevole di capillari sanguigni. Notasi in tutto il resto della mucosa la solita infiltrazione cellulare descritta nei casi precedenti, ma meno marcata. Conservato in parte è l'epitelio cilindrico di rivestimento della cavità del corpo.

La mucosa del canale cervicale è pressochè normale, il tessuto connettivo profondo si mostra infiltrato da cellule embrionali giovani, specialmente in vicinanza al punto invaso dalla neoplasia. Questa è costituita da tubuli ripieni da epitelio pavimentoso, forma tanto bene descritta da Cornil sotto il nome di epitelioma tubulato o lobulato, che ha come punto di partenza il muso di tinca e non il canale cervicale.

Osservazione X.

Isterectomia vaginale per carcinoma del canale cervicale a cellule cilindriche. Utero lungo cm. 8, ingrossato nel suo corpo; la mucosa della cavità uterina leggermente sparsa di piccole rilevatezze, di spessore poco più del normale. Quella rivestente il canale cervicale è ulcerata e distrutta in parte dal processo neoplastico.

Al microscopio notasi nel fondo un'endometrite glandulare iperplastica marcatissima; le glandule invadono per un tratto non insignificante la parete muscolare uterina; nella zona immediatamente inferiore si ha pure notevole iperplasia glandulare con assottigliamento marcato del tessuto interglandulare. Alcune glandule oltre ad essere fortemente tortuose, sono ripiene da cellule di muco e di piccole cellule rotonde, in molti punti esse sono distaccate dalla loro parete, la quale però si conserva normale. Affatto indistinto è il limite tra la muscolare e la mucosa. Nella zona inferiore si hanno più marcati questi caratteri ed in taluni punti si osserva benissimo l' epitelioma a cellule cilindriche della mucosa del corpo per propagazione dalla neoplasia del collo. Quivi le glandule infatti non hanno più parete propria. Notevole è l' infiltrazione di elementi piccoli rotondi al di sotto del rivestimento epiteliale cilindrico della mucosa, che qua e là non è più conservato. Discreto sviluppo di vasi sanguigni. Nella mucosa del corpo non manca, specie nella zona del fondo, la presenza degli elementi interglandulari descritti nei precedenti esami, alcuni dei quali fusiformi con nucleo a bastoncino disposti a fasci obliqui alla superficie della mucosa si continuano profondamente nella tunica muscolare dell' utero.

Osservazione XI.

Isterectomia vaginale per carcinoma della porzione vaginale (cancro a cavolo fiore). Utero lungo cm. 8, mucosa uterina liscia; nessuna alterazione visibile ad occhio nudo. Notasi un nodulo fibromatoso della grossezza di una piccola noce nella parete posteriore uterina a sviluppo intramurale. Al microscopio la mucosa uterina è alquanto ispessita, le glandule assai tortuose specialmente nello strato più profondo della mucosa, le superficiali sono più rettilinee e tubulari, ma sono in direzione assai obliqua rispetto alla superficie libera della mucosa; l' epitelio glandulare è ben conservato, quello di rivestimento della mucosa è in gran parte sfaldato. Il tessuto interglandulare negli strati più superficiali si mostra costituito da cellule rotonde abbastanza grosse con uno e più nuclei, da cellule epiteliolidi e da piccole cellule linfatiche: esse si trovano sparse in un reticolo finamente fibrillare, che si vede più marcato con la colorazione all' ematossilina. Negli strati più profondi le glandule sono allogate in mezzo al tessuto muscolare, le cui fibre si possono seguire sino nelle parti superficiali del taglio. Discreto numero di vasi sanguigni che presentano assai ispessita la tunica media, fatto questo in molti esami osservato.

Osservazione XII.

Isterectomia vaginale per carcinoma del canale cervicale. — Utero lungo cm. 7 1|2, pareti muscolari assai sviluppate, la mucosa del corpo leggermente scabra. Nulla di morboso ad occhio nudo in essa si nota; la mucosa del canale cervicale è in parte conservata, in parte ulcerata e distrutta.

Al microscopio, nella regione del fondo si nota un carcinoma glandulare della forma più spiccata; mentre che nella zona immediatamente seguente notasi un'endometrite glandulare con iperplasia notevole delle glandule, stato che osservasi ancora più marcato nel rimanente della mucosa della cavità uterina.

Il tessuto interglandulare si mostra nelle zone inferiori, come al solito, infiltrato dai medesimi elementi cellulari nei casi precedenti descritti, ma in numero assai minore; predominano invece gli elementi fusati con nucleo rotondo od ovale e che rappresentano in gran parte fibre muscolari tagliate in vario senso. Si aveano qui i caratteri di una

endometrite glandulare con marcata compartecipazione del tessuto interstiziale, mentre che nel fondo esisteva il cancro. La neoplasia cervicale era costituita da un epitelioma glandulare a cellule cilindriche.

Osservazione XIII.

Isterectomia vaginale per carcinoma del muso di tinca. — Utero lungo cm. 8, grosso nel corpo e nel collo. Mucosa uterina assai iperemica nel fondo ed in vicinanza agli orifici tubarii, liscia; di colorito pavonazzo in alcuni punti, in altri bianco-grigiastra.

Notevole sviluppo di vasi nel parenchima uterino visibile anche ad occhio nudo; colpiva il vedere da ogni lato del corpo e della porzione superiore del collo il decorso delle utero-ovariche e delle uterine, che assumevano una forma esageratamente a spirale ed erano costituite da pareti assai spesse e dure, come ateromatose. Al microscopio si constatarono i segni propri dell'infiammazione dell'endometrio con partecipazione tanto dell'elemento glandulare, che di quello interglandulare. La mucosa è alquanto ispessita, le glandule più tortuose del normale; il tessuto interstiziale mostra i soliti caratteri già menzionati nei casi precedenti con la solita infiltrazione superficiale di cellule grosse, che si atteggiano talvolta a cellule deciduali.

La neoplasia del collo era costituita da un epitelioma a cellule pavimentose esordiente dell'orificio esterno.

Osservazione XIV.

Isterectomia vaginale per carcinoma della porzione vaginale; forma vegetante. — Utero lungo cm. 4 1|2, il corpo piccolissimo, più sviluppato il collo, talchè ha assunto la forma di un utero infantile. La mucosa nulla presenta macroscopicamente di anormale; è alquanto iperemica, liscia, non ispessita.

Al microscopio il tessuto uterino mostra le note caratteristiche dell'atrofia; rari ed assottigliati si mostrano i fasci e le fibre muscolari e costretti tutt' intorno da notevole tessuto connettivale. I vasi mostrano uno speciale ispessimento della tunica media, che in talune sezioni si dimostra veramente notevole; normale è l'endotelio vasale. La mucosa uterina mostra le note caratteristiche dell' endometrite interstiziale. Il suo spessore è diminuito, le glandole in picciol numero restano strozzate da uno stroma interglandulare costituito da fibrille connettivali, che

negli strati più profondi si confondono con quelle che limitano i fasci muscolari della parete muscolare uterina.

L' epitelio glandulare e quello di rivestimento dell' endometrio è ben conservato.

La neoplasia apparteneva a quella forma tubulata o lobulata descritta da Cornil, a cellule pavimentose.

Osservazione XV.

Isterectomia vaginale per epitelioma del collo, forma vegetante a cellule pavimentose. — Utero lungo cm. 7, grosso nel corpo e nel collo; mucosa fortemente iperemica, liscia in tutta la sua estensione, ad eccezione della regione dell'istmo, ove si nota una piccola escrescenza polipiforme della grossezza di un grosso pallino da caccia.

Al microscopio si constata un'endometrite glandulare in tutta l'estensione della mucosa del corpo, con infiltrazione di cellule nello stroma interglandulare, che variano in grossezza da quella di un corpuscolo sanguigno a quella di una cellula gigante. Le glandole sono assai tortuose e si staccano dal tessuto che le attornia, conservando però esse la parete propria.

L' epitelio glandulare è conservato; in taluni punti è costituito da due strati di cellule cilindriche: quello di rivestimento della mucosa è in gran parte sfaldato. In altri punti esso sembra che abbia acquistato la forma appiattita. La piccola escrescenza, che risiedeva a livello dell'istmo mostrasi costituita al microscopio da numerose produzioni glandulari, in gran parte ectasiche ed in taluni punti formanti delle vere ectasie cistiche ripiene di muco. Essa era senza dubbio una di quelle vegetazioni proprie dell'endometrite fungosa descritta da Olshausen.

Osservazione XVI (1).

Isterectomia vaginale per carcinoma della porzione vaginale. — Utero assai aumentato di volume, specialmente nel corpo.

Si notano tre noduli fibromatosi della grossezza di una grossa nocciola ciascuno, allogati nello spessore della parete uterina.

Le pareti uterine sono assai ispessite. Macroscopicamente la mu-

---

(1) Il pezzo anatomico mi venne gentilmente favorito dal prof. Marocco Cesare.

cosa uterina non mostra nulla di anormale; è liscia in quasi tutta la sua estensione e non presenta alcuna escrescenza poliposa.

Al microscopio l'endometrio presenta i caratteri manifesti dell'endometrite interstiziale già progredita. Lo stroma interglandulare quivi in gran parte trasformato in delicate fibrille connettivali, disposte alcune parallelamente, altre obliquamente alla superficie libera della mucosa, costituisce quasi tutta la mucosa e solo in alcuni punti si scorgono sezioni di glandule strozzate in mezzo al tessuto connettivale interglandulare. Assai indistinto è il limite tra muscolare e mucosa, l'epitelio di rivestimento si trova qua e là conservato.

La mucosa del canale cervicale è in parte normale, in parte infiltrata da elementi cellulari assai numerosi vicino alla neoplasia, a cellule pavimentose.

Osservazione XVII.

Isterectomia vaginale per carcinoma ulcerato del muso di tinca e del collo, a cellule pavimentose. L'utero era grossissimo, pesava grammi 240, larghezza dal fondo al collo cm. 10 (circonferenza), del collo cm. 6. Ritrovato microscopico come nei casi precedenti.

Osservazione XVIII.

Isterectomia vaginale per cancro vegetante del labbro posteriore, forma alveolare. — Ritrovato microscopico della mucosa del corpo coi soliti caratteri descritti nelle precedenti osservazioni.

Osservazione XIX.

Isterectomia vaginale per epitelioma del muso di tinca a cellule pavimentose. — Ritrovato microscopico della mucosa come nei casi precedenti.

Osservazione XX.

Isterectomia vaginale per carcinoma della porzione vaginale. — Ritrovato microscopico non differente dai precedenti.

È questo il ritrovato microscopico dell'endometrio nei vari uteri, asportati per carcinoma del collo.

È nostro intendimento ora di riassumere i vari reperti, di sintetizzare a grandi linee le alterazioni di struttura riscontrate, onde venire ad una giusta interpretazione anatomo-patologica delle medesime. Ma prima di accingermi ad una minuta disamina è prezzo dell'opera, io credo, brevemente richiamare alla memoria la struttura della mucosa uterina normale e ciò tanto più in quanto che in nessun trattato è dessa in modo completo descritta. Non avendo potuto avere a mia disposizione un numero considerevole di uteri interamente normali, mi avvarrò all'uopo anche delle ricerche fatte da altri, come dal Wyder (1) in un utero di vergine a 17 anni, da Turner, Engelmann (2), Lusk, Cornil (3).

Noi considereremo la mucosa uterina normale all'infuori dell'epoca menstruale e della gravidanza.

Microscopicamente la mucosa del corpo presenta un colorito grigio-rossastro; è più liscia e meno resistente di quella del collo. Per Wyder, Cornil e la maggior parte degli anatomici, essa ha uno spessore di un millimetro ed è questo certamente, riteniamo, più esatto di quanto affermano altri. Così per Coste e Ch. Robin essa avrebbe nientemeno che uno spessore di 6-8 millimetri, per Robin di 3-6, per Sappey di 2 millimetri. Secondo Cornil questa differenza di misure si deve al fatto che la mucosa è intimamente aderente allo strato muscolare sottostante e riesce quindi assai difficile marcarne i limiti.

La mucosa comprende un epitelio di rivestimento e il *derma* o *corion* propriamente detto.

La mucosa propriamente detta è costituita da glandule, vasi, nervi e da un tessuto interglandulare. Gl' istologi non sono completamente d'accordo riguardo alla struttura dello stroma interglandulare; Robin per esempio, ritiene che esso sia formato da tessuto connettivo ad ogni periodo di sviluppo. Comunque sia è certo però, come Wyder ha dimostrato ed abbiamo constatato, che il tessuto connettivo, nel quale sono

---

(1) « Tafeln für die Gynaekolog. » Unter. Taf. VI.

(2) « The mucous menbrane of the uterus. » *Am. Journal of Obst.*, Vol. VIII, pag. 30.

(3) « Leçon sur l'Anatomie path. des métrites etc. » pag. 2, e « Recherches sur la muqueuse du col utérin etc. » *Jour. d'An.*, 1864, 1 luglio.

allogate le glandule, resta costituito da una sostanza fondamentale omogenea più ricca in cellule rotonde, che in cellule fusiformi. Queste ultime sono in realtà più abbondanti negli strati più profondi della mucosa, e secondo il medesimo autore anco sui lati delle glandule e dei vasi, laddove le cellule rotonde sono sparse nel rimanente tessuto.

Tanto le cellule rotonde che le fusiformi sono caratterizzate dal loro grosso nucleo, circondato soltanto da un debole strato di protoplasma. Questo circonda il nucleo come un bordo sottile, e l'intera cellula è quanto un corpuscolo bianco. Tra le cellule, secondo una figura del Turner, vi sono dei fasci fibrillari di connettivo, che si avanzano tra le fibre della parete uterina. Per Leopold il connettivo interglandulare è formato da un plesso di fascetti di connettivo fibrillare ricoperti da cellule appiattite, da dischi endoteliali forniti di nucleo. Gli spazî esistenti tra questi fascetti formerebbero i seni linfatici.

Il tessuto interglandulare presenta, scrive Cornil, allo stato normale, una disposizione tutta speciale. Esso non offre, come il tessuto connettivo ordinario, delle cellule piatte con dei prolungamenti che dànno loro l'aspetto stellato. Si hanno invece delle cellule a nuclei ovoidali, avvicinati tra loro, e separati solamente da piccoli fasci di tessuto connettivo. Quest'apparenza ha fatto cadere in errore alcuni osservatori, i quali hanno creduto di avere da fare con delle fibre muscolari ed hanno negato la presenza di tessuto connettivo nella mucosa. Per loro il derma mucoso è unicamente costituito da fibro-cellule. Però se si comparano, aggiunge l'illustre anatomo-patologo francese, queste cellule con quelle delle fibre del tessuto muscolare liscio, si constatano delle differenze evidenti. Le fibro-cellule sono assai allungate, limitate da due bordi paralleli e disposti per fasci. Al centro di ciascuna cellula si vede un nucleo estremamente allungato a bastoncello, mentre nello stroma della mucosa uterina non si trovano nè queste lunghe fibre a nucleo allungato, nè questa disposizione fascicolata. Cornil considera adunque, gli elementi della mucosa come formati da un tessuto connettivo a piccole cellule a nuclei ovoidali.

Con tutto il rispetto che l'autorità del nome dell'anatomo-patologo francese c'impone, non consentiamo però con lui nello escludere assolutamente la esistenza di fibro-cellule nel derma della mucosa uterina. Per quanto rare, esse pure si riscontrano ed in maniera da non lasciare dubbio alcuno.

Il tessuto interglandulare è traversato obliquamente da glandule tubulari, le quali sono adagiate su di una sottile membrana propria; esse raramente sono biforcate e penetrano per un breve tratto tra le lamelle connettivali, che separano i singoli fasci muscolari. Questo per Lusk nello stato normale avverrebbe assai raramente. Il limite tra la mucosa e la muscolatura uterina è ben marcato; ma non havvi una sottomucosa nel vero senso della parola.

Il rivestimento superficiale dell'endometrio, nonchè delle glandule, è formato da epitelio cilindrico a ciglia vibratili nel periodo dell'attività sessuale. Simile rivestimento glandulare è per Cornil molto interessante, essendo esso il solo esempio nella economia animale. Al di fuori della parete glandulare si trova del tessuto connettivo a piccole cellule appiattite o allungate allorquando cadono sotto il taglio, ed a nuclei ovoidali, aspetto, dice Cornil, che le ha fatte confondere da alcuni con delle cellule muscolari liscie. Questo strato di tessuto connettivo è spesso e stipato; tra esso e la parete propria della glandula si nota uno strato ben netto di cellule piatte di tessuto connettivo, strato di cellule piatte che nell'epitelioma glandulare generalmente scompare, mentre permane nei processi infiammatori.

Un carattere speciale della mucosa del corpo si è pure un'abbondanza marcata di vasi arteriosi efferenti, relativamente ad una scarsezza di vasi efferenti, di vene. Questo fatto anatomico dovrebbe, a parer mio, esser tenuto presente, perchè di unita a varie altre cause comitanti ci potrebbe in certa guisa spiegare il facile congestionarsi della mucosa uterina non solo, ma come per una povertà di vasi efferenti venosi possa simile congestione più a lungo persistere ed esser causa delle frequenti infiammazioni dell'endometrio.

Le arterie hanno un decorso quasi perpendicolare attraverso la mucosa, e dopo d'aver dato nel loro decorso numerosi rami, che circondano le glandule, esse si ripiegano al disotto del rivestimento epiteliale per formare in seguito una rete irregolare di larghi vasi capillari, donde traggono origine le vene.

La mucosa che riveste il canale cervicale si distingue macroscopicamente per il suo aspetto, presentante un sistema speciale di pieghe, fatto da un rilievo longitudinale mediano, tanto sulla parete anteriore che posteriore, fiancheggiato d'ambo i lati da rilievi secondari obliquamente diretti. Essi costituiscono le *plicae palmatae* o l'*arbor vitae.* Guyon

ha fatto rilevare, come cita Cornil (1), che il rilievo mediano posteriore si dirige a sinistra, mentre che l'anteriore si dirige verso destra, e che inoltre i rami secondarî dei due alberi della vita s' incastrano reciprocamente, di maniera che allo stato normale la cavità del collo sarebbe virtuale e la mucosa, meno che per l' interposizione del muco denso che essa secerne, sarebbe ovunque in contatto.

Il tessuto interstiziale che nella mucosa del corpo aveva il tipo del tessuto di granulazione, ha qui piuttosto l'apparenza di un tessuto connettivo da esso sviluppatosi (Wyder) e nel quale in luogo di cellule rotonde si trovano delle cellule fusiformi, che con prolungamenti si anastomizzano l'un l'altra. Non si ha qui una ben netta delimitazione tra mucosa e muscolatura uterina, e possonsi seguire lontano nella mucosa dei fascetti di tessuto connettivo provenienti dalle lamelle, che separano i fasci muscolari.

Le glandule in numero notevole, specie nella parte più alta, sono talune tubulari coll'estremità interna in forma di fiasco (*flaschenförmige*), ma sono queste in picciol numero, le altre sono del tipo racemoso od a grappolo. Queste secondo Sappey si troverebbero sopra tutto nel fondo delle depressioni dell'albero della vita. I dotti glandulari sono rivestiti da epitelio caliciforme; questa differenza di struttura glandulare spiega, afferma Cornil, la diversità del secreto del corpo da quello del collo, essendo il primo limpido, sieroso, poco consistente, mentre l'altro vischioso e spesso.

La mucosa del canale cervicale per lo stesso autore nelle parti salienti sarebbe rivestita da epitelio cilindrico non vibratile, mentre nelle parti anfrattuose diverrebbe caliciforme. Per Wyder l'epitelio glandulare sarebbe invece cilindrico vibratile e non caliciforme.

Numerose papille vascolari e forse anco nervose caratterizzano ancora la mucosa del collo. Al di là dell'orifizio esterno il rivestimento epiteliale ha tutti i caratteri della cute; esso è fatto da numerose papille vascolari ricoperte da numerosi strati d'epitelio pavimentoso.

Secondo Ruge e Veit (2) il riconoscimento di queste papille riesce

---

(1) Opera citata.

(2) « Zur Pathologie der Vaginal Portio. » Stuttgart, 1878.

difficile senza l'aiuto di reagenti e per De Sinety (1), l' epitelio che le ricopre è simile a quello della cute, le cellule ingranandosi reciprocamente per mezzo di margini dentellati.

In un preparato, che ebbimo occasione di fare da un piccolo frustolo di tessuto asportato, a scopo diagnostico dal prof. Durante, da un collo uterino affetto da metrite cronica cervicale, si vedevano assai bene colla colorazione del carminio boracico più strati d'epitelio pavimentoso, con numerose papille vascolari.

Per Lott (2) infine queste papille alla sezione non si distinguono dalla sezione di una delle pliche più piccole dell'*arbor vitae.*

I vasi sanguigni hanno, come ha rilevato Möricke (3), nella mucosa cervicale pareti spesse e resistenti e vanno diramandosi formando una rete capillare che è più abbondante nel corpo, che nella cervice. I capillari decorrono paralleli alla superficie e sovente proprio nello strato sub-epiteliale, dando origine alle vene che hanno un decorso perpendicolare verso il basso.

I vasi linfatici infine, splendidamente studiati da Leopold e con maestria esposti nel suo lavoro *Die Lymphgefässe des normalen nicht Schwangeren Uterus* (4), sarebbero numerosissimi nella mucosa. Rigorosamente parlando non esistono dei vasi linfatici propriamente detti, ma delle vere lacune linfatiche o come egli dice « dei seni ripieni di linfa e coperti da endotelio, » che attorniano tanto le glandule, che i capillari sanguigni. La linfa quindi, passa dagli spazî linfatici della mucosa, attraverso le maglie della medesima, negli spazî e vasi linfatici della tunica muscolare, circonda qui tutti i fasci muscolari sino alla sierosa soprastante, e quindi si versa nei grossi vasi che penetrano nel ligamento largo in vicinanza dei vasi sanguigni (5).

Sui nervi della mucosa non abbiamo conoscenze abbastanza sicure. Frankenäuser (6) nella sua splendida opera, ammirevolissima per i di-

---

(1) « Traité pratique de Gyn. et des maladies des femmes. » Paris, 1884.

(2) « Zur Anatomie una Phisiologie der Cervix Uteri-Erlangen. » 1882, pag. 17.

(3) « Die Uterusschleimhaut in den verschiedenem Alters-perioden. » *Zeitschrift für Geb. u. Gyn.*, Vol. VII, pag. 99.

(4) *Archiv. für Gyn.*, Vol. VI, pag. 1.

(5) Ibidem, pag. 31.

(6) « Die Nerven der Gebärmutter und ihre Endigung in den Glatten Muskelfasern. » Jena, 1867.

segni annessi, di una precisione rara, descrive una rete di fibre senza mielina nello spessore della mucosa, e secondo lui dei piccoli filetti andrebbero a terminarsi nell'interno delle glandule, tra le cellule di rivestimento.

Da quanto son venuto fin qui esponendo, si potrà avere un concetto abbastanza completo sulla struttura normale della mucosa uterina, conoscenza indispensabile per renderci ragione non tanto della differenza che si constata nell'epoca menstruale e nella gravidanza tra la mucosa del corpo e quella del collo, la quale differenza si spiega assai bene per le diversità anatomiche; ma eziandio per comprendere e con maggiore fondamento studiare i processi morbosi, che possono nei suoi vari elementi colpirla.

Relativamente a talune lievi discrepanze esistenti tra i vari anatomici sulla descrizione dell'endometrio, dobbiamo credere che esse dipendano dal materiale di studio, del quale essi si sono serviti, forse non sempre perfettamente normale. Non è infatti, cosa molto facile l'avere a disposizione degli uteri, i quali siano perfettamente sani, e la cui mucosa non sia stata affetta da una leggiera endometrite, la quale per quanto leggiera, pure avrà prodotto delle lesioni nella mucosa.

Ma ritornando ora ai nostri ritrovati, quali sono le conclusioni che possiamo noi trarne? Quali sono le lesioni riscontrate? Se non nei più minuti particolari, esse certamente nelle linee generali e nella maggioranza dei casi si rassomigliano, e possonsi distinguere in lesioni del *tessuto interglandulare* ed in quelle delle *glandule stesse.*

Le lesioni dello stroma interglandulare si manifestarono costantemente con una infiltrazione notevolissima di elementi cellulari rotondi e fusiformi. Come abbiamo di sopra menzionato, simili elementi esistono è vero nella mucosa normale, sparsi in mezzo ad un sottilissimo reticolo di fibrille connettivali ed in essi appunto stanno allogate le glandule. Ma qui essi erano aumentati di volume ed in modo assai distinto; taluni mantenevano la forma rotonda con uno o più nuclei, a protoplasma torbido, ed erano così addensati tra loro da non lasciare scorgere alcuna sostanza intercellulare, o poca; altri atteggiavansi ad elementi epitelioidi, e la loro grandezza variava da quella di una cellula linfoide ad una

cellula gigante. In alcuni punti questi elementi, specialmente negli strati profondi, assumevano la forma fusata della fibro-cellula, o di questa in vario senso sezionata, e la disposizione della sostanza interglandulare ripeteva perfettamente le figure dei preparati che Abel ha annesso al suo lavoro. Nel combattere l'interpretazione data dallo stesso autore a questi elementi, noi ci soffermeremo alquanto e sarà allora opportuno il richiamare alla memoria l'intrigata struttura della musculatura uterina, per cui in un taglio possonsi avere varie figure di sezione della fibra muscolare e che possono trarci in inganno.

In mezzo a tali grossi elementi or ora descritti, e che nettamente ripetono l'aspetto delle cellule deciduali, se ne incontrano taluni più piccoli simili a cellule linfoidi, che in taluni punti vedonsi addensarsi in modo caratteristico attorno alle pareti dei vasi sanguigni. In molti dei preparati ed in uno specialmente si vedeva la sezione di due piccoli vasi attorno alle cui pareti si scorgono quegli elementi addensarsi notevolmente, fatto questo sul quale piacemi di fermare l'attenzione, perocchè in seguito mi avverrà di doverlo richiamare.

In altri casi il tessuto interglandulare avea in parte subìto la metamorfosi in un tessuto perfettamente connettivale fibrillare, nel quale il numero degli elementi cellulari era assai scarso, la loro forma fusata, il loro volume di molto rimpicciolito.

La Tav. I, fedelmente riproduce l'aspetto, che nella maggioranza dei casi, presentava lo stroma interglandulare.

Quanto alle glandule esse giammai si rinvennero nella loro norma fisiologica. Talune volte si avea un vero accrescimento numerico di esse, insieme ad una forma manifestamente a spirale, in modo più esagerato di come si rileva dalla Tav. I *b. b'*, e come accadeva riscontrare nella più gran parte dei preparati; altre volte invece le glandule si staccavano con grandissima facilità dalla loro parete, come si osserva eziandio dalla menzionata Tavola I *c. c'*, e mostravano una proliferazione del loro epitelio cilindrico, il quale non era più ad un solo strato.

Il limite tra la mucosa e la muscolare non era mai ben delimitato, spesso le glandule si approfondivano nella parete uterina, assottigliando le fibre muscolari, penetrandovi per un tratto non breve. Verso la loro estremità superficiale assumevano una direzione assai obliqua rispetto alla superficie libera della mucosa e formavano talvolta delle ectasie cistiche. Nella parte superficiale le glandule erano talvolta, come strozzate

per un tratto non breve da quella produzione cellulare somigliante alla decidua, in modo più esagerato di come osservavasi nella Tav. I, *A*, di maniera che non si osservava che indistintamente, o affatto, la parte di esse che si avvicinava alla superficie libera della mucosa. Nella maggioranza dei casi si osservarono poi a partire dal fondo nelle varie zone, nelle quali la mucosa della cavità uterina venne divisa e studiata, quasi tutte le gradazioni di sviluppo del processo neoplastico.

A parte quei casi, nei quali anco in punti lontani dal processo neoplastico si ebbero metastasi manifeste, come nell' Osservazione III e XII, noi riteniamo d'altro canto, come alterazioni non indifferenti le lesioni riscontrate nel *sistema glandulare* nelle mucose di uteri affetti da carcinoma del collo.

In verità uguali alterazioni morbose constatate in un medesimo viscere, ma in condizioni completamente diverse, non possono alla stessa stregua venir considerate. La esagerata attività glandulare, iperplastica ed ipertrofica, che sovente riscontriamo nell'endometrio, e che costituisce una lesione di poca entità e di un prognostico assai benigno, può senza dubbio rappresentare in un utero già invaso in un'altra porzione da una neoplasia epiteliale, un punto lontano di diffusione del processo neoplastico, un vero *locus minoris resistentiae.* E la quasi persistenza in questi casi della forma glandulare, dell'*endometritis glandularis hyperplastica*, e non dell' interstiziale, dinota una particolare inclinazione degli epitelii a proliferare e ad allontanarsi dalla norma fisiologica.

Non mancano nella letteratura per altro dei casi, nei quali si è potuto osservare la trasformazione dell'endometrite glandulare, e dell'adenoma dell'endometrio, in carcinoma glandulare. Per tacere di altri, i casi di Breisky (1) e di Veit (2), menzionati da Gusserow (3) sono lì per dimostrarcelo.

In talune delle mucose da noi esaminate l' alterazione glandulare era quella propria dell'adenoma, laddove in altre vedeansi già oltrepassati i limiti a quest'alterazione assegnati ed invasi quelli dell' adenoma maligno, dell'adenoma destruente di Ziegler.

---

(1) *Prager. Med. Wochenschrift,* II, 1877, p. 78.

(2) *Zeitschrift f. Geburt. u. Gyn,* I, pag. 467.

(3) PITHA e BILLROTH. « Enciclop. Chirurgica. » Vol. IV, p. 824.

È noto come gli anatomi patologici non siano completamente d'accordo relativamente ai limiti da assegnare ad ognuna di queste forme morbose, ed avviene, come ben dice Wyder, che gli uni designano col nome di adenoma quello che altri appellano invece endometrite glandulare; che gli uni considerano una forma come benigna, mentre che gli altri la ritengono già maligna.

Esistono in verità tali e tante forme di passaggio, che non riesce facile talvolta il potere in modo assoluto precisare e nettamente delineare ove finiscono i limiti di un'alterazione, ed ove cominciano quelli dell'altra, e per conseguenza la diagnosi è assai difficile sotto questo punto di vista. Ma io credo che una tale difficoltà potrebbe in certa guisa venir menomata, ove si volessero eliminare talune differenze di linguaggio, che rendono ancora più scabra e più suscettibile di errore l'interpretazione diagnostica.

Oramai quasi tutti sono d' accordo col Ruge di comprendere sotto il nome di *endometritis glandularis* due forme morbose: l' *iperplastica* e l'*ipertrofica*. Nella prima vi ha un accrescimento numerico di glandule, nella seconda si ha solo una maggiore proliferazione dell'epitelio glandulare, le glandule assumendo una forma tortuosa, da tubulari e rettilinee che erano. E credo utile qui rammentare come queste flessuosità delle glandule a spirale (*Korkzieherartige Form* di Ruge, *en-tire bouchon* per Cornil), Tav. I, *b. b'*, si trovino in ambedue le forme di endometrite menzionate e non soltanto nella forma ipertrofica, come hanno sostenuto taluni.

Per la spiegazione di queste flessuosità delle glandule, Cornil (1) ammette che l'ipergenesi degli elementi glandulari, la moltiplicazione delle cellule epiteliali e la secrezione più attiva facciano aumentare la lunghezza delle glandule stesse. Esse seguono, allungandosi, l'accresciuto spessore del corion della mucosa; ma il loro allungamento oltrepassando lo spessore di questa, assumono forzatamente la forma flessuosa.

Landau ed Abel (2) coll' appoggio di Henle (3) e di Orth (4), non

---

(1) Loco citato pag. 21-22.

(2) « Beitrage zur pathologischen Anatomie des Endometrium. » *Arch. f. Gyn.*, Vol. 34, pag. 172.

(3) « Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen 1874. » Bd. II, pag. 479.

(4) « Cursus der normalen Histologie. » 4 Aupl 1886, p. 273.

chè Ch. Robin descrivono invece, le glandule del corpo dell'utero come tali anco allo stato normale, e quindi per essi questa forma, ora descritta, non sarebbe un fatto patologico. Ma la maggioranza degli anatomici descrivono le glandule allo stato normale rettilinee, o leggermente curve, come anche a noi si è data l'occasione di rilevare, e la causa di tale disaccordo è da rintracciarsi, senza dubbio, anco qui, come dissimo, nel materiale di studio adoperato, trattandosi in quei casi di mucose non del tutto normali.

Ora noi non siamo lontani dall'ammettere che una vera distinzione tra endometrite glandulare iperplastica, nella quale comprendiamo pure quella forma per la prima volta da Olshausen (1) descritta sotto il nome di *endometritis chronica productiva seu fungosa*, e nella quale sebbene tutti gli elementi lussureggiano, pure sono le glandule ed i vasi quelli che a preferenza vengono lesi, che tra queste forme, dico, e l'*adenoma semplice* benigno una sostanziale differenza, non esista. In entrambe abbiamo infatti una vera neoformazione di glandule tipiche, in entrambe esse si approfondano nella muscolare e mostrano non interrotta la tunica propria.

Quest' ultimo carattere è invero della massima importanza per la diagnosi di un processo benigno passante in uno maligno, e non a torto Cornil spesso vi ritorna sopra.

Quantunque l'insigne anatomo-patologo d'oltr'Alpi abbia tralasciato la descrizione minuta delle varie forme di endometrite, e le sue Lezioni (2) possano, adunque, sotto questo punto di vista, apparire incomplete all' occhio dello specialista, esse però hanno il grande merito di essere improntate a scopo eminentemente pratico. Egli sovente insiste sul probabile errore di diagnosi, d'interpretare cioè come epitelioma a cellule cilindriche, quello che non è se non il prodotto di un'endometrite. Nell'endometrite cronica lo strato di cellule piatte situate tra glandula ed il connettivo interglandulare (Tav. I, *c. c'*), è sempre, più o meno, ben conservato, mentre nell'epitelioma a cellule cilindri — che non si vedono cellule piatte al di fuori dalle pareti alveolari; il tessuto connettivo che presenta numerose cellule embrionali dà direttamente inserzione alle cellule epite-

---

(1) « Ueber chronische hyperplasirende Endometritis des Corpus uteri. » *Archiv. für Gynäk.*, Bd. VIII, pag. 129.

(2) Opera citata.

lioidi. Oltre a ciò il trovare qua e là ancora delle cellule cilindriche a ciglia vibratili ben conservate, la trasformazione mucosa che si fa solamente nella sommità delle cellule ed altri caratteri depongono più per un'endometrite glandulare, che per un epitelioma.

Paul Petit in una sua Comunicazione recentemente (1) fatta alla Società ostetrico-ginecologica di Parigi fa rimarcare anch' egli le difficoltà della diagnosi precoce dell' epitelioma uterino ed i mezzi per ovviarle.

Ma dove il disaccordo è maggiore si è ancora nella distinzione tra adenoma semplice o benigno ed adenoma maligno (*adenoma malignum* di Wyder) o destruente di Ziegler.

Il Wyder (2) ci ha dato tre criteri per poter fare questa distinzione. Nell' adenoma benigno, egli scrive: 1.° il lussureggiamento glandulare (*Drüsenwucherung*) è ovunque tipico, non si riscontrano in alcun punto tubi epiteliali solidi, il rivestimento epiteliale consta di un solo strato; 2.° si trova ancora tra le glandule una certa quantità di tessuto interglandulare relativamente normale; 3.° le glandule sono nettamente delimitate dalla muscolatura uterina e non mostrano alcuna tendenza di penetrare in essa e distruggerla.

Quanto al primo criterio, che non si riscontrano cioè in alcun punto tubi epiteliali solidi, Landau (3) coll'appoggio di quanto Billroth (4) dice avvenire nella mammella a proposito delle difficoltà diagnostiche tra un'ipetrofia della mammella ed un carcinoma, inferisce che anco per l'adenoma della mucosa dell' utero ad una neoformazione di lumi glandulari debba precedere lo sviluppo di zaffi epiteliali solidi, dai quali poi consecutivamente le glandule si differenzierebbero. Quindi secondo lui non si può dire se un zaffo epiteliale siffatto provenga da una glandula per proliferazione dell'epitelio del suo lume, ovvero se esso dovrà trasformarsi in glandula e diverrà cavo. Epperò questo criterio sarebbe non sempre decisivo. C. Ruge (5) ammetterebbe pure questo criterio per

---

(1) « Diagnostic précoce de l'épithéliome uterin. » *Bull. de la Société Obstetricale et Gynécol. de Paris.* Séance du 15 février 1890.

(2) Loco citato. Tav. XIV.

(3) *Beitrage* et.... loc. cit., f. 177.

(4) « Die weiblichen Brustdrüse, » pag. 67.

(5) C. Ruge, *Berl. Klin. Wochenschrift,* 1878.

distinguere l'erosione semplice del collo uterino dall'erosione cancerosa, ma il Friedländer (1) lo crede anch'egli insufficiente « perchè mentre da una parte in molti casi di cancro schiettamente maligno i cordoni cellulari presentano nel loro interno uno spazio vuoto regolarmente limitato, dall'altra parte si osservano assai spesso nelle erosioni benigne dei cordoni epiteliali solidi, come è facile convincersi specie nelle autopsie. »

Più incerto ci sembra però, con Landau il criterio della perfetta delimitazione della mucosa dalla muscolare, ammesso dal Wyder, nello adenoma semplice come caratteristico poichè spesso realmente in questa forma le glandule si approfondano alquanto negli strati superficiali, sebbene non producano distruzione delle fibre muscolari, e quindi questo segno per quanto sia degno di nota non è però, come già si disse, la sua importanza da esagerarsi.

Landau ed Abel (2) definiscono l'adenoma maligno o destruente « una neoformazione glandulare, con scomparsa di forme glandulari tipiche e presenza di forme epiteliali allontanantesi dalla norma e soppressione della sostanza interglandulare: neoformazione che non rimane limitata alla mucosa, ma produce *metastasi* nei confinanti tessuti, cioè nella muscolatura. Grandi tratti di muscolatura che ancora per normali possono essere distinti, vengono infiltrati dalla neoformazione, la quale mostra al microscopio glandula a glandula le già menzionate note caratteristiche. »

Per Ruge (3) l'adenoma maligno si confonde nei suoi caratteri clinici ed anatomici col carcinoma. Tra tante discrepanze a noi pare che la definizione or ora cennata da Landau ed Abel sia quella che meglio e più perfettamente che ogni altra risponda al concetto dell' adenoma maligno, e non aggiungiamo altro in proposito.

Ma è di grande momento però, perchè la nostra opinione non abbia ad essere male interpretata, d' insistere alquanto sul significato che intendiamo noi alle nostre parole attribuire, allorquando parliamo di alterazioni non indifferenti dell'endometrio nel cancro della porzione vaginale. Imperocchè se non conveniamo completamente con Fraenckel (4) ed

---

(1) Friedlander. « Ueber Epitelwucherung und Krebs. » Strassburg, 1877.

(2) Loco citato, pag. 185.

(3) *Centralblatt f. Gynäk.*, 1888, N. 22.

(4) *Arch. f. Gyn.*, I. Fév. 1888.

Eckardt (1), Thiem (2) e Saurenhaus (3) riguardo alle alterazioni del *sistema glandulare,* per loro del tutto benigne, ma per noi tanto più gravi, in quanto esse vengono considerate costantemente associate alla concomitante neoplasia cervicale, d' altro canto però, escludiamo nel modo il più reciso di avere a che fare in questi casi con un sarcoma diffuso della mucosa, siccome si è preteso.

Chi avrà come noi con amore seguito le discussioni vivissime che questa quistione, sostenuta da L. Landau ed Abel coll'appoggio di Waldeyer e T. Landau ha dato luogo in Germania ed in Francia in questi ultimi tempi, troverà assai giustificato che io mi ci soffermi alquanto, specialmente che il materiale che ho avuto campo di studiare è abbastanza vasto, e mi porge l'occasione di poter fare talune considerazioni.

Che sia merito speciale di Carlo Abel l' avere per il primo richiamata l'attenzione dei ginecologi sulle alterazioni che la mucosa uterina subisce nel cancro iniziale della Portio vaginalis e della cervice ormai tutti convengono.

Le preziose ricerche della scuola di Schroeder, degnamente rappresentata dai due valorosi campioni, il Ruge ed il Veit, avevano avuto infatti, per mira di delimitare fin dove la neoplasia a base epiteliale si estendesse, quale la sua origine, quali le sue forme incipienti.

Il modo di propagarsi della neoplasia sarebbe per questi autori diverso a seconda della sede primitiva di sviluppo del neoplasma stesso. « Nelle tre parti accennate dell'organo (corpo, canale cervicale, porzione vaginale) il carcinoma, scrivono essi, è nettamente così caratterizzato: nel corpo diffusione periferica verso il peritoneo e più tardi nodi secondarî nella cervice e nella vagina; nella cervice diffusione periferica verso il cellulare parauterino ed affezione relativamente precoce delle glandole della mucosa; nella porzione vaginale diffusione principalmente verso la

---

(1) *Centralblatt f. Gyn.,* N. 26, pag. 426, 1888.

(2) *Arch. f. Gyn.,* XXXIII, Bd. 2, pag. 319.

(3) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* XVI. B. d. 1.

vagina e la parte inferiore del parametrio » (1). Si fu sulle basi di queste ricerche che Schroeder distinse le tre varietà del cancro del collo: il cancroide superficiale della porzione vaginale del collo, il carcinoma della mucosa cervicale ed il carcinoma del collo. Nella prima varietà l'anatomia patologica parrebbe indicare l'ablazione parziale del viscere, nelle altre due forme l'isterectomia.

Barraud (2) alla divisione di Schroeder sostituì le tre forme: *superficiale, cavitaria, parenchimatosa.*

È però, sulla giusta interpretazione di queste alterazioni dell'endometrio che l'Abel e con lui il Landau non hanno colpito nel segno.

L'ammettere nel cancro del collo uterino il sarcoma ora a cellule rotonde, ora a cellule fusiformi della mucosa del corpo non è una quistione d'interesse meramente scientifico e la sua importanza pratica non può non venir da tutti riconosciuta. Infatti dalla soluzione di essa potrebbe derivarne maggior fondamento anatomo-patologico per la scelta di un atto operatorio più grave ad altro meno grave, a preferire cioè costantemente l'ablazione totale dell'utero all'amputazione alta del collo.

Non è qui il luogo di fermarmi lungamente sulla controversia già da lunga pezza esistita tra le varie scuole circa la operabilità del cancro uterino. E qui mi affretto a dichiarare col Chiar. prof. Mangiagalli (3), che con questa parola non s'intende parlare di operabilità nello stretto senso della parola, nel senso cioè se il cancro dell' utero debba o non debba operarsi, ma s'intende parlare del limite di questa operabilità, del posto che deve occupare l' isterectomia rispetto alle ablazioni parziali del viscere. Rimando il lettore, che è desideroso di più dettagliate notizie intorno a questa quistione alla dotta memoria del prof. Mangiagalli or ora citata, e solo mi limiterò qui a dire come siano stati lo Schroeder (4) e quelli della sua scuola, Hofmeier (5) specialmente, che

---

(1) C. Ruge und I. Veit. « Der Krebs des Gebärmutter. » *Zeitschrift f. Gub. u. Gyn.*, VII, Bd. I H, p. 218-219.

(2) Maurice Barraud. « Hysterectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col de l'utérus. » Paris, 1889.

(3) Prof. Mangiagalli Luigi. « Dodici casi d'isterectomia vaginale per carcinoma. Osservazioni e considerazioni. » *Annali d'Ost. e Gin.*, 1890, N. 1, pag. 22.

(4) Schroeder K. « Ueber die theilweise u. vollständige Ausschneidung der Carcin. Gebärm. » *Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn.* VI Bd., 2 H.

(5) Hofmeier. « Zur Statistik des Gebärmutterkrebs. u. seiner operat. Behandlung. » *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, X Bd. 2 H.

hanno sostenuto vigorosamente l'opinione che non tutte le forme di carcinoma richiedono l'ablazione completa dell'utero, bastando nel cancroide della porzione vaginale e nel carcinoma del canale cervicale, quando si può distintamente sentire che il corpo uterino non è ingrossato ed è molle, l'amputazione alta del collo.

Ora si comprenderà di leggieri che ammessa come esatta la interpretazione data da Abel e Landau ai loro ritrovati istologici, la teoria dello Schroeder venisse completamente a cadere, avendo per contro l'argomento validissimo dell' indagine istologica di quella parte del viscere, che secondo quella teoria medesima avrebbe dal tagliente dell'operatore potuto essere risparmiata. Così ci spiegheremo le vivaci discussioni, che l'argomento suscitò nella Società ostetrico-ginecologica di Berlino (1) e la parola animata di Ruge, il quale vedeva crollare la teoria dal suo grande Maestro sostenuta, ed alla quale le sue pazienti ricerche avean dato valido fondamento.

Ma le presunte alterazioni sarcomatose dell' endometrio nel cancro della portio vaginalis non hanno più, secondo noi, oggidì importanza relativamente alla via da seguire nel campo operatorio.

I casi di Paolo Ruge (2), di Krysinsky (3), di Schauta (4), di Piering (5), di Terrier, di Gallard, dello Stratz (6) e taluno dei nostri (Osservazione III e XII) sono abbastanza eloquenti per dimostrare, come possono esistere noduli carcinomatosi in punti assai lontani dalla sede palese della neoplasia, e ripeteremo col Fritsch (7), che quand'anche fosse conosciuto nella letteratura un solo caso, il quale dimostri che un nodulo carcinomatoso può esistere nella cervice separato da una zona di tessuto sano da uno esistente al fondo, questo caso decide una volta e per sempre la quistione, se si debba operare parzialmente o totalmente. E tutti i chirurgi invero oggidì incoraggiati e dal risultato lusinghiero dal punto

---

(1) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* XVI Bd. 1 heft. 1889.

(2) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XII,* Bd. 1, H.

(3) « Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus. » Ibidem.

(4) « Ueber den neuesten Standpunkt in der Therapie des Carcinoma uteri. » *Prager med. Wochesch.* 1887, N. 28 e *Centralblatt f. Gyn.* N. 6, 1888.

(5) « Ueber einem Fall von atipischer Carcinombildung im Uterus. » *Zeitschrift f. Heil. Kunde* Bd. VIII, riferito nel *Central. f. Gyn.* N. 41, 1888.

(6) « Eine Modifikation der Uterus extirpation per vaginam. » *Centralblatt f. Gyn.* N. 50, 1888.

(7) « Sechzig Totalextirpationen des carcinömatosen Uterus. » *Arch. f. Gyn. XXIX,* Bd. 34.

di vista terapeutico e da quello assai splendido dal lato operatorio non restano dubbiosi sulla via da seguire.

Egli è però, che se esse non hanno peso grandissimo sotto questo punto di vista, ci conducono tuttavia d'altro canto a rigor di logica a conclusioni di gran lunga più pericolose. Questa deduzione, cui noi intendiamo alludere, che dovrebbe inferirsi dalla tesi sostenuta dai due menzionati autori e che sarebbe assai dannosa ed incomparabilmente funesta per le inferme, perchè falsa è la premessa donde ne scaturisce, si è quella che con Ruge crediamo affermare, che cioè se l'alterazione dell'endometrio nel cancro della porzione vaginale è tale che, anatomo patologicamente parlando, siamo autorizzati a classificarla come sarcoma, dovremmo noi praticare l'estirpazione totale dell'utero in tutti i casi, nei quali dopo un raschiamento della cavità uterina il microscopio ci rivelerà alterazioni identiche, pur non esistendo la neoplasia epiteliale del collo.

Ma questa neoformazione di elementi rotondi e fusiformi, che Abel e Landau interpretano come sarcoma, la si trova, come abbiamo potuto constatare, nella mucosa uterina di uteri fibromatosi, nonchè in varie forme di endometriti, e la troviamo poi più caratteristica in due stati fisiologici dell'utero: nella menstruazione e nella gravidanza. La cellula deciduale non è forse la forma più bella, che si rassomigli ad una produzione sarcomatosa, ma che non ha nulla a vedere col sarcoma? In varii tagli di decidua che feci, e che il prof. Durante ebbe, come per tutti i miei preparati, la cortesia di osservare, si aveano elementi tali e così disposti, che la persona più competente in fatto di microscopia avrebbe diagnosticato per la più bella forma di sarcoma, se nota non gli fosse stata la provenienza del pezzo anatomico, dal quale il preparato era stato fatto.

Nei numerosi esami di mucose uterine, abrase col cucchiaio per varie forme di endometrite nel Comparto ginecologico-ostetrico dell'Ospedale Maggiore di Milano dal prof. Mangiagalli, e che ebbi l'opportunità di fare coll'egregio dott. Visconti nel laboratorio di anatomia patologica dell'Ospedale medesimo, abbiamo potuto frequentemente constatare simile infiltrazione di grossi elementi rotondi e fusiformi, ed invero il microscopio sarebbe divenuto un'arma assai pericolosa, se si fosse fatto solo per questo, diagnosi di produzione maligna, di neoformazione sarcomatosa.

Nè ci sembra abbia qui da tenersi in considerazione l'obbiezione che dal Landau si va facendo qua e là, che cioè « per la diagnosi di alterazioni maligne non basta di regola la ricerca di piccole particelle raschiate dalla mucosa, ma è necessario tanto materiale che si possano fare tagli serii della mucosa e della muscolare » (1). Questa verità invero entrata nel patrimonio delle comuni convinzioni di chi si occupa di istologia patologica e di questa parte in ispecie, non può formare proprio argomento di sostegno per la tesi dai due osservatori tedeschi sostenuta; poichè l'infiltrazione cellulare, che essi qui intendono come sarcoma, non invade, nè distrugge la muscolare uterina, come farebbe senza dubbio una produzione maligna.

Le tout est de s'entendre!

In anatomia patologica si hanno delle leggi fondamentali, alle quali i tessuti pare ubbidiscano, ed alla cui stregua noi giudichiamo della natura di un dato processo morboso. Ma le alterazioni nella tessitura di un organo debbono necessariamente venire considerate in rapporto alla funzione cui l'organo stesso è destinato, ed ai cambiamenti che possono in esso, per stimoli diversi, avvenire. E questo, riputiamo, che in nessun modo debba esser tenuto in non cale, in ispecie quando ci proponiamo di studiare la mucosa uterina, questa mucosa che destinata ad un lavorio continuo di produzione e di disfacimento subisce, e nell'epoca menstruale e nella gravidanza, cambiamenti tali che sembrami abbiano con quelle in discorso non poca attinenza.

A parte le numerose teorie emesse sulla menstruazione da Rouget, Pflüger (2), Williams (3), Kundrat (4), Engelmann (5), Wyder (6), Leopold (7), Moericke (8), Lawson Tait (9), che non è qui il caso di esporre,

---

(1) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* XVI, Band. 1 H., 1889, ed *Arch. f. Gyn.* XXXIV, 2 H., pag. 190.

(2) « Unters. a d. physiol. Laboratorium zu Bonn. » Berlin, 1865, pag. 53.

(3) « On the structure of the mucous membrane of the uterus, etc.... » London, *Ob. Journ.*, Vol II, pag. 181.

(4) « Unters. über die uterusschleimhaut. Strichers Jaherbuch. » 1873.

(5) « The mucous membrane of the uterus with especial reference to the development and struc ture of the decidua. » *Am. Journ. of Ob.*, Vol. VIII, p. 30.

(6) *Zeitscrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. IX.

(7) « Studien über die Uterusschleimh: während Menstr., Schwangersch, u. Wochenbett. » *Arch. f.* Bd. III., p. 456.

(8) *Zeitsch f. Geb. und Gyn.*, Bd. VII.

(9) *Brit. Med. Journ.*, 4 giugno, 1881.

se cioè durante l'epoca menstruale, tutta la mucosa vada distrutta, siccome pretende Williams, ovvero se ciò solo avvenga negli strati superficiali, come vorrebbero Engelmann, Kundrat e Leopold, o infine, se come è di avviso Moericke, non si abbia alcuna desquamazione generale, a parte tutte queste teorie, dico, tutti gli osservatori però concordano in un fatto: nello ammettere una proliferazione delle cellule rotonde dello stroma della mucosa, un ingrossamento degli elementi cellulari degli strati superficiali, un aumento infine della sostanza intercellulare.

Che cosa accade d'altro lato nella mucosa uterina ad uovo fecondato? A parte anche qui delle discussioni ancora esistenti sulla struttura della decidua alla fine della gravidanza, delle differenze minute di tessitura nelle tre parti di essa, cioè nella *caduca vera,* nella *riflessa* e nella *serotina,* come si può desumere dai lavori di Langhans, di Leopold (1) e Friedländer (2), il fatto più caratteristico, e su cui viene richiamata l'attenzione, si è una proliferazione iniziale della mucosa uterina in tutti i suoi elementi e la produzione della cellula deciduale.

È veramente sorprendente la somiglianza della cellula deciduale colla cellula sarcomatosa, e chi avrà avuto occasione di osservarne dei preparati al microscopio, avrà potuto ben constatarlo. Del resto chi si occupa alquanto d'istologia normale e patologica, avrà potuto sovente osservare quanto riesca difficile talvolta il differenziare taluni elementi anatomici. Così A. Doran in una Memoria pubblicata l'anno decorso in Londra (3), e riassunta in uno dei fascicoli del giornale *Nouvelles Archives d'Obstetrique et de Gyn.,* dell'anno corrente (4), sui miomi e fibromiomi dell'utero e dell'ovario, accenna alla difficoltà in un numero di casi esistente nel distinguere le cellule muscolari, le cellule fusiformi del tessuto fibroso e le cellule sarcomatose. Taluni autori, come Wirchow, Billroth e Winiwarter affermano che questa distinzione, per ciò che concerne le cellule fusiformi del tessuto fibroso e le cellule sarcomatose non può essere definita. Ma niuno certamente vorrebbe definire come sarcoma quella produzione che in un dato tessuto ed in un dato organo rappresenta un fenomeno fisiologico. Una figura del Winckel (5) della decidua

(1) Loco citato.

(2) « Physiologische-anatomische Untersruhunger über den Uterus » p. 11 e 12.

(3) « Transactions of the obstetrical Society of London. » Vol. XXX.

(4) N. 5, Mai 1890, pag. 296.

(5) « Lehrbuch der Gerburtshülfe, » pag. 23.

è abbastanza veritiera, perchè se ne possa formare un esatto concetto, e le forme cellulari in essa disegnate sono identiche a quelle da noi riscontrate e riprodotte nella Tav. I, *A. B*, che Abel e Landau interpretano come sarcoma.

Secondo noi, lo diciamo sin da ora, queste forme cellulari hanno origine comune colle cellule deciduali, e questo ci condurrà in seguito ad intrattenerci alquanto della controversa quistione della origine degli elementi della decidua.

Riguardo poi a quegli elementi più o meno fusiformi, che alquanto più profondamente si riscontrano nelle sezioni, e che danno varia superficie di taglio, ci pare opportuno richiamare alla memoria la struttura intrigatissima delle fibre muscolari uterine, specialmente dello strato interno. La disposizione infatti fascicolare caratteristica che questi elementi al microscopio ci danno, il poterli perfettamente seguire profondamente nello strato muscolare dal quale essi si partono e la loro forma ci fece ben presto nascere il sospetto di aver a fare qui con una proliferazione delle fibro-cellule muscolari, non chè con fibre muscolari in vario senso sezionate.

La struttura della tunica muscolare uterina fu invero, oggetto di numerose ricerche da Vesalio, a Nortwich, Sue, Hunter, Meckel, Calza, M.e Boivin, Deville, Pappenheim, Rouget, Sappey, Ranvier ed altri ed è stata ripresa da Chenantais e da Hélie de Nantes, che ne hanno dato una descrizione divenuta classica (1). Le *fibre intrinseche* da Hélie divise in tre strati, nello strato interno o sottomucoso, formano un fascio triangolare esteso da una tromba uterina all'altra, che si prolunga in basso sino a livello del collo. Come il *fascio ansiforme* di Hélie, dello strato esterno, esso consta di fibre trasversali oblique e longitudinali, che si intrecciano con quelle del lato opposto. Lateralmente inoltre abbiamo fibre trasversali, che passano da una faccia all' altra dell' utero, descrivendo così delle anse che costituiscono dei veri muscoli orbicolari delle trombe. Tale essendo la struttura della muscolatura uterina nello strato sottomucoso non sarà fuori di luogo l'ammettere come ad una sezione noi avremo varie figure, che ci rappresenteranno fibre muscolari tagliate in ogni senso. Ma indipendentemente da questo, noi siamo

---

(1) CHARPENTIER. « Traité pratique des Accouchements. » T. I, pag. 130-135.

dai nostri preparati indotti a credere ad una vera proliferazione delle fibro-cellule muscolari (Tav. II), e vi ritorneremo più avanti parlando della origine degli elementi della decidua.

È opportuno intanto il rilevare, come l'Abel nei casi da lui osservati dica che non intende qui trattarsi di quelle forme di tumori misti, cioè di sarcoma e carcinoma, forma descritta da Virchow (1) e da altri, perchè egli dice, una zona di tessuto sano esiste tra la parte invasa dal carcinoma e quella del sarcoma; egli inclinerebbe piuttosto a considerare entrambe le neoplasie siccome dovute *ad unico processo.* « Come i bacilli tubercolari (2) nella pelle e nei polmoni danno origine ad affezioni assai diverse, così si può pensare che lo stesso agente dia origine ad un carcinoma nella mucosa della porzione vaginale e ad un sarcoma in quella del corpo. »

Veramente degno di nota e giusto ci pare invece, quello che in un nuovo lavoro i mentovati autori affermano colle seguenti parole (3): « Le ulcerazioni profonde della mucosa si mostrano non solo sotto forma d'infiammazione cronica, sibbene sotto forma di alterazioni indubbiamente cancerose. »

Questo è secondo il nostro debole avviso, e come le nostre ricerche ci suggeriscono, più conforme al vero. Se non che gli autori persistono nella loro opinione del sarcoma e così continuano.... « in una serie di preparati abbiamo trovato certe forme di struttura che ogni anatomo-patologo indicherebbe col nome di sarcoma. È riuscita ostica l'indicazione di sarcoma, perchè si partì dall'idea erronea che noi avessimo annesso a tale indicazione un concetto clinico, il che non è esatto. Noi prima, come ora, stabiliamo una diagnosi microscopica corrispondente alla struttura anatomica, ed è soltanto a titolo di congettura clinica che noi esprimiamo l'opinione che in questo sarcoma del corpo si possa scorgere uno stadio preparatorio della metastasi carcinomatosa. »

Che realmente si riscontrino forme di struttura che riproducono l'aspetto del sarcoma, come noi abbiamo di già precedentemente rilevato, è vero; ma non siamo noi per questo autorizzati a parlare di neoplasia

---

(1) « Patologia dei tumori, » Vol. II.

(2) Loc. cit., pag. 280.

(3) Abel u. Landau. « Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uterus Körpers bei Carcinom der Portio vaginalis. » *Arch. f. Gyn.*, XXX, Bd. 2 H. 1889.

maligna, quando lo stesso fatto lo riscontriamo in altri stati infiammatori e fisiologici della mucosa uterina, e che indicano non altro se non che il modo speciale, col quale l'endometrio risponde all'azione di qualunque stimolo. Rammentiamo in proposito quanto abbiamo precedentemente fatto rilevare e che non è opportuno qui di ripetere.

Il Chiar. prof. Calderini di Parma (1) ha potuto infatti, sperimentalmente ottenere delle cellule simili a quelle della decidua mediante uno stimolo meccanico. Egli iniettava per mezzo di una siringa di Pravaz in un corno dell'utero di coniglie nullipare, alcune goccie di paraffina previamente portata ad alta temperatura per sterilizzarla. È superfluo dire come le coniglie fossero tenute rigorosamente lontane dal maschio. Gli animali non risentivano danno alcuno per l'operazione, e per ovviare all' inconveniente che il corpo estraneo venisse eliminato, egli praticava un'allacciatura del corno dell' utero verso il suo sbocco nella cavità unica. In conseguenza il corno diveniva idropico, dilatato nelle sue pareti, e dopo un po' di tempo, sezionandolo, rilevò che l' epitelio della mucosa era proliferato assai, che aveva perduto la forma cilindrica assumendone una pavimentosa, e che le cellule avevano raggiunto un diametro immensamente superiore a quello di prima e pari a quello delle cellule deciduali. Del pari si era ingrandito il nucleo.

Quanto sia veramente facile cadere in errore nella interpretazione delle alterazioni della mucosa uterina abbiamo noi potuto, dopo ripetute osservazioni, pienamente convincercene, e sin dal principio di questo lavoro se ne fece menzione; ma io cedo qui volentieri la parola ad altri osservatori, dei quali l'autorità del nome s'impone più che non la nostra debole voce.

« Senza un esame microscopico accurato è facile, scrive lo Schroeder (2), (parlando della diagnosi del sarcoma diffuso della mucosa) anche lo scambio con proliferazioni iperplastiche benigne della mucosa medesima, che constano di un tessuto simile ad una decidua e che si avvicinano molto, anco istologicamente, al sarcoma; ovvero se esse dipendono da una ipertrofia delle glandule uterine offrono al microscopio piut-

---

(1) « Cellule simili a quelle della decidua ottenute sperimentalmente mediante stimolo meccanico « *Giornale della R. Accademia di Medicina.* » Anno 1888, N. 1.

(2) SCHROEDER. « Malattie degli organi sessuali delle donne, » pag. 256.

tosto una struttura cancerosa. » Casi di simil natura furono descritti da Slavjansky-Duncan (1) e da Gusserow (2).

« Bisogna aver cura, affermano Hart e Barbour (3), di non fraintendere l'infiltrazione di piccole cellule, che ha luogo nel tessuto in casi di endometrite a tipo emorragico, scambiandola per un sarcoma globicellulare. Nei brani di tessuto abrasi si possono trovare fibre lisce dell'utero, che una osservazione frettolosa può farle confondere col sarcoma fusicellulare. Gli elementi del sarcoma sono caratterizzati dal maggiore volume e dai nuclei ovoidali. « In un altro punto i ginecologi di Edimburgo ci fanno accorti dell'errore probabile di diagnosticare gli elementi di un fibroide polipiforme od interstiziale per quelli propri del sarcoma, e ce ne danno la figura. » (4).

Il Gusserow (5) così scrive nella sua opera classica sui tumori della matrice: « .... Più importante e nel fatto più difficile è la conoscenza di un sarcoma diffuso della mucosa uterina » e più oltre continua: « .... Mentre il sarcoma, come sopra è stato detto, non di rado cresce sino all'orificio uterino, ed a mo'di tumore o di polipo s'immette in esso, questo non si osserva mai nella iperplasia benigna della mucosa uterina. Quest'ultima affezione rimane sempre un lussureggiamento superficiale della mucosa, e giammai passa nella sostanza propria dell'utero, mentre che i lussureggiamenti sarcomatosi, appartenenti in principio per ordinario agli strati profondi, passano sempre in questi ed anche nella sostanza dell'utero, anzi a mo' di tumori crescono a traverso di questa. »

Ma si domanderà: non siamo noi dunque in grado di diagnosticare il sarcoma diffuso della mucosa uterina, se esso può essere così perfettamente mentito da affezioni endometritiche di altra natura? La risposta non può essere che affermativa.

Egli è però, che qui più che mai riesce di somma utilità la considerazione di altri fatti, i quali se non debbono mai essere messi in non cale per arrivare ad un criterio esatto di diagnosi, essi ci sono ora assolutamente indispensabili. È il decorso del morbo, sono le condizioni ge-

---

(1) *Edimb. med. Journal.* August, 1873, pag. 97, ed *Obst. Journ. of Great Britain.* Nov. 1873, p. 497.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Vol. 1, H 2, pag. 240.

(3) « Manuale di Ginecologia, » pag. 336.

(4) Loco citato, pag. 540, fig. 296-97.

(5) PITHA e BILLROTH. « Enciclop. Chirurgica. » Vol. IV, parte I, p. 765.

nerali delle inferme, la durata della malattia, la presenza o l'assenza di ulcerazioni della mucosa uterina, di escrescenze polipiformi protrudenti dal muso di tinca, che durante vita insieme all'esame istologico ci condurranno alla diagnosi precisa di natura del morbo.

Poichè se è vero quanto Virchow afferma: che è la diagnosi anatomica e non la clinica quella che deve fornire la base per l'osservazione dei processi patologici, non è men vero però, che l'indagine istologica riesce, senza l'aiuto e l'applicazione della clinica, sovente infruttuosa e talvolta assai dannosa.

L'anatomia patologica e la clinica, quali s'intendono oggigiorno, sono tra le branche del medico sapere quelle che a preferenza si danno fortemente la mano per aiutarsi a vicenda. È a questa provvida unione che noi dobbiamo i grandi progressi fatti in questi ultimi tempi, ed il volerle scindere l'una dall'altra è cosa riprovevole.

Per questo non possiamo accordarci con quanto L. Landau ed Abel in uno dei loro lavori affermano, e che si trova in perfetta antitesi, come dimostreremo, con quanto essi poi in altri punti scrivono: « Il medico, essi dicono (1), deve rivolgere l'occhio dal microscopio al letto dell'infermo e trovare qui come là compenso alla sua fatica, per quanto è possibile, in una maggiore armonia di criteri diagnostici; l'anatomico però, non deve mai tener di mira nelle sue ricerche nè ai sintomi clinici, nè alle conseguenze terapeutiche. Sarà meglio adottare la nostra opinione clinica al ritrovato anatomico, anzichè fare il contrario. »

Ma il compito dell'anatomia patologica non è solo quello di servire a spiegarci le minute alterazioni di struttura corrispondenti ad ogni singolo processo morboso, ma dessa deve illuminarci in tempo per una adeguata e pronta terapia.

Come il medico dall'esame dei corpuscoli rossi può, in un soggetto malarico, precisare l'ora dell'accesso e deve prevenirlo, così il chirurgo deve dall'esame di un dato tessuto, non solo darsi spiegazione del processo morboso, ma eziandio dedurne dei vantaggi per la salute degli infermi e questo col mettere in opera una terapia razionale ed energica. Ma affinchè questo riesca vantaggioso è di somma necessità di non scindere la clinica dall' anatomia patologica, di tenere sempre pre-

---

(1) Landau u. Abel. « Beiträge zur pathologische Anatomie des Endometrium. » *Arch. f. Gyn.* XXXIV, pag. 175.

sente insieme all'osservazione istologica la qualità del tessuto in esame, l'organo cui esso appartiene. È d'uopo altresì, che la diagnosi venga in tal modo formulata, che non lasci campo a cattive interpretazioni, che potrebbero decidere il chirurgo a gravi interventi, quando non sarebbero per ogni verso giustificati. E noi non sappiamo invero conciliare le di sopra citate parole degli osservatori tedeschi con queste, che essi poi altrove, parlando delle alterazioni dell'endometrio, scrivono e che trovano nelle nostre perfetto riscontro: « Questa precisione di diagnosi è tanto più necessaria, in quanto che l'anatomia patologica non ha da compiere più la sua funzione soltanto nel teatro anatomico, ma ancora nella camera operatoria. L'anatomo-patologo è oggi assai spesso costretto a fare la sua diagnosi non dopo, ma prima dell'operazione, e quindi a decidere per essa o contro di essa (1). »

Ma come mai, sarà lecito il domandare, tale diagnosi potrebbe riuscir utile, quando, sol perchè vedesi un'infiltrazione di cellule rotonde e fusiformi, non tenendo presente le qualità del tessuto in esame, l'organo cui esso appartiene, i sintomi clinici, ma attenendosi solo al fatto anatomico si fa diagnosi di sarcoma? Con questa parola noi, come tutti, intendiamo una neoplasia maligna, la quale a dati caratteri istologici ne aggiunge altri clinici e che richiede un intervento chirurgico pronto ed energico: che se ci si ostina di annettere ad essa un significato solamente corrispondente alla struttura anatomica, allora o è da aspettarsi una nuova classificazione clinica dei tumori e parlare addirittura di sarcomi benigni, e sarcomi maligni, ovvero è da preferire un'assoluta mancanza dell'indagine istologica per i pericoli cui essa, nel campo terapeutico, ci farebbe andare incontro.

In conferma di quanto siamo venuti fin qui dicendo ci piace riportare talune parole dell'insigne prof. Waldeyer (2) che gli stessi autori menzionati riportano in un loro pregevole lavoro, (3) ma che sono in antitesi a quanto poi essi stessi in un altro (4) sostengono: « Dobbiamo, scrive l'illustre anatomo-patologo, abbandonare l'idea di poter fare, se-

---

(1) Lav. cit., pag. 166.

(2) *Wirchow's Archiv.* Bd. XLI, pag. 503.

(3) « Beiträge zur path. Anat. des Endometrium. » *Arch. f. Gyn.* Bd. 35, p. 175.

(4) « Ueber das Verhalten der Schleimh. des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio. » *Arch. f. Gyn.* Bd. 32 p. 271.

condo le sole ricerche anatomiche la prognosi di malignità o di benignità di un tumore; la malignità di una neoplasia dipende non solo *dalla sua struttura anatomica*, bensì da molti altri caratteri che risiedono in parte nella località, ove essa si sviluppa, in parte nelle condizioni generali dell'infermo. »

Nei casi in esame quindi, per non aver noi mai riscontrato ulcerato l'endometrio o con presenza di tumori polipiformi, come suole accadere nel sarcoma diffuso della mucosa uterina, forma morbosa meno frequente dell'altra interessante lo spessore delle pareti uterine e designata dagli inglesi col nome di « fibromi recidivanti, » e per quanto inoltre esposimo nelle pagine precedenti, noi escludiamo trattarsi di sarcoma della mucosa ma riteniamo invece queste produzioni cellulari in parte dovute a forme ipertrofiche di elementi simili già esistenti nello stato normale della mucosa, in parte ad una maniera speciale della mucosa uterina di reagire a qualunque stimolo normale e patologico, come sostiene Leopold Meyer, e come le esperienze citate del Calderini dimostrano, colla produzione di cellule, che rappresentano nella forma più perfetta la cellula deciduale ed in parte infine ad una proliferazione delle fibro-cellule della mucosa. Riserbandoci di ritornare adunque su questo in seguito, veniamo ora all' esposizione del ritrovato istologico nelle mucose di uteri affetti da fibro-miomi. Io voglio però qui segnalare, pria di lasciare questa parte del mio lavoro, tre casi nei quali in concomitanza al carcinoma della porzione vaginale si rinvennero vari fibro-miomi del corpo, più o meno piccoli. Sono precisamente i casi che nell'esposizione precedente figurano nelle Osservazioni IX, XI e XVI. In questi ultimi tempi infatti, per casi simili riscontrati da Eckardt, Saurenhaus (1) ed altri, si è voluto attribuire la sintomatologia del carcinoma alla presenza di simili tumori fibromatosi concomitanti, lo che non ci pare del tutto giustificata, potendo le forti perdite sanguigne benissimo spiegarsi colla sola neoplasia epiteliale.

(Continua).

---

(1) Su 50 casi li rinvenne in 5 soltanto. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1890.

Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche più comuni

STUDIATO DAL LATO STORICO

e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi

PEL

Dott. PERICLE SACCHI

Libero Docente d'Ostetricia, Medico Primario della Maternità di Cremona.

Come la coraggiosa Giustina Siegemund, per salvare una partoriente, esaurientesi sotto l'imponente emorragia da placenta previa, eseguì per la prima, nel 1690, il parto precoce artificiale, rompendo le membrane dopo avere attraversata la placenta, Maria Dunaly, che osò praticare l'operazione cesarea, si dice essere stata la prima ad avere l'idea della provocazione del parto precoce nelle viziature pelviche, per evitare alla donna le gravi operazioni ostetriche, che si sarebbero rese necessarie se la gravidanza si fosse lasciata ire al suo termine. È la stessa natura che deve aver suggerito codesto concetto, poichè è comune l'osservazione, che molte volte, alla donna affetta da vizio pelvico, sopraviene spontaneamente il parto anticipato, onde essa si libera senza fastidio del feto, che se invece fosse giunto a maturità, non avrebbe potuto da sola partorire. Il fatto poi che il feto, se esce alla luce compiuto il 6° mese di vita intrauterina, è vitale, suggerì l'epoca opportuna da scegliere per curare ad un tempo l'interesse della madre e la salvezza del feto. E se non è del tutto assodato che alla distinta levatrice inglese sia dovuta l'iniziativa della provocazione del parto precoce, non è meno dubbia la data di quella riunione tenuta dai più notabili medici di Londra per discutere intorno ai vantaggi della nuova operazione, dacchè in Inghil-

terra, come del resto anche altrove, l'operazione cesarea terrorizzava co' suoi continui rovesci. Difatti mentre Silbert assegna a questo fatto la data del 1750, Hartmann e Denmann gli danno quella del 1756. Ad ogni modo l'esito di quell'adunanza fu un voto di plauso alla novella idea e Macaulay (secondo i più, Kelly secondo altri) fu il primo ad eseguirla e per buona fortuna con prospero successo; sicchè ben presto il processo del parto provocato venne in voga, e Kelly, Denmann, Barlow, I. Clarke, Ramsbotham, Burns ed altri molti se ne valsero con ottimi risultati. Soli Nisbet e Leighton vi si dimostrarono contrari. Merriman pubblicò, nel 1812, 47 casi di ristrettezza pelvica, in cui provocò il parto precoce artificiale e nei quali ottenne 19 feti viventi. Egli attribuisce la morte degli altri ai movimenti febbrili che assalgono le madri alcuni giorni dopo lo scolo delle acque, fatto questo però non confermato dalla maggior parte degli ostetrici; ma non consigliava la provocazione del parto precoce se non nelle donne, in cui l'esperienza di un parto antecedente avesse comprovata la loro impossibilità a partorir vivo il bambino a termine di gravidanza. John Marshall pubblicò pure alcune storie di parto precoce provocato felicemente in alcune donne all'8° mese, ma non rese conto del grado di viziatura pelvica da cui erano affette. I bambini furono ottenuti tutti vivi, mentre gli altri dei parti antecedenti delle stesse donne, erano stati estratti morti o mutilati; una poi delle operate lo fu con buon esito in tre consecutive gravidanze.

Ma se così prospere furono le sorti al nuovo atto operativo nelle Isole Britanniche, non egualmente buona fu l'accoglienza che esso si ebbe nel continente.

In Germania fu proposto da I. A. Mai di Heidelberg, nel 1799, il quale pare abbia il merito di aver dimostrato l'importanza del parto provocato, di averne stabilite le indicazioni ed il metodo operativo, prima ancora di conoscere la benevola accoglienza fattagli dall'Inghilterra. Wenzel, allievo di Weidmann, lo eseguì per primo con felice successo nel 1804, modificando la proposizione del proprio maestro, che nel 1770 aveva suggerito il parto forzato al 7.° mese nei casi di stenosi pelvica. Antonio Krauss, allievo di Weidmann, eseguì la stessa operazione nel 1813 senza conoscere quella del Wenzel.

Ma l'autorità di Baudelocque che allora tanto peso aveva anche in Germania e che, come vedremo in appresso, era recisamente contraria alla nuova pratica ostetrica, influì grandemente a limitarne l'uso ed

occorsero il lavoro pubblicato sull' argomento dal Wenzel, e gli scritti di Froriep, e più ancora quello importantissimo di Reisinger, che. poggiandosi sopra un cospicuo numero di osservazioni, raccolte specialmente alla scuola di Hamilton in Edimburgo, che si affermava possedesse un secreto per promuovere il parto senza strumenti e senza rottura delle membrane, ne dimostrassero la vera e grande utilità.

Pur tuttavia ci vollero ben vent'anni, dice Schröeder, perchè venisse, in Germania, accolto favorevolmente il parto provocato dalla maggioranza degli ostetrici, poichè se Ritgen, che praticò l' operazione dal 1818 al 1825, Siebold (1819) Kluge (1821) che non perdette alcuna delle 12 donne da lui soccorse e dei bambini 9 nacquero vivi e tre morti, Kilian, D'Outrepont, Mende, lo sostennero, Osiander seniore invece, Stein il giovine, Ebermayer, Iörg, Grumprecht e Piringer gli si mantennero avversari. Insomma dal 1800 al 1830 in Germania fu un continuo polemizzare sul tema della provocazione del parto precoce.

In Olanda l'operazione fu introdotta da I. Themmen, che fu seguito da Vrolik, Wellenbergh e da Salomon, che in 77 casi salvò tutte le madri e dei bambini 34 nacquero morti, 23 morirono poco dopo e 20 sopravvissero.

In Danimarca se ne ritiene antesignano Paolo Scheel (1799), sebbene a mio parere non sia bene accertato, se del parto precoce o dell'aborto provocato egli abbia inteso discorrere. Difatti nel suo « Commentarium de Liquoris amnii, asperœ arteriæ fœtum humanorum natura et usu, » egli scrive:

« Sectione cæsarea vel disectione fœtus maturi, partu istante ob pelvis angustiam necessaria, matrem autem ob debilitatem vel chacheziam neutram operationem admittente, abortus liquoris amnii detractione tempestive excitatus forte salutifer. Subitam velamentorum ruptionem, evacuationem acquarum, uterum ad contractionem excitare notum est. » E dopo avere accennato le necessità ed i pericoli del taglio cesareo e della craniotomia nelle ristrettezze pelviche, aggiunge: « In tali casu unicum refugium nobis præbet abortus, qui dicto modo conjunctim cum apta medicaminum pellentium administratione excitandum erit. »

In Francia dove già il Sacombe (1792), aveva chiamato sventurati gli ostetrici che consigliavano anticipare il parto per vizii pelvici, fu naturalmente ancor più che altrove sentita l' influenza dell' avversione dimostrata dal Baudelocque per il parto provocato, e la cieca fiducia nelle

parole del maestro, faceva chiudere gli occhi sugli incontrastabili risultati che fuori di Francia venivano ottenuti. Roussel de Vauzesme fino dal 1778, accennando come già prima Levacher de la Feutrie avesse consigliato la provocazione del parto al 7° ed 8° mese in sostituzione alla sinfisiotomia, la proponeva in alcuni casi per evitare il taglio cesareo; ma se le sue parole rimasero lettera morta, Baudelocque in un capitolo del celebre suo Trattato sull'arte dei parti, esamina il parto precoce artificiale proposto per evitare l'operazione cesarea, e vi oppone particolarmente l'incertezza che hanno le donne nel dare i dati necessari per stabilire la giusta epoca di gravidanza, l'essere a 7 od 8 mesi di gestazione il collo uterino non così bene disposto a dilatarsi, come quando si è al termine, raramente subaperto, quasi sempre serrato, duro. Se poi, egli dice, si rompe il sacco delle acque prima che l'orificio uterino non sia aperto a sufficienza pel passaggio del feto e l'azione dell'utero non ancora abbastanza forte per espellerlo, il travaglio si farà lungo e faticoso, ed il feto, privato delle acque, finirà presto per soccombere.

È quindi per Baudelocque così sfavorevole al bambino il parto precoce artificiale, che il procurarlo, fuori che nelle gravissime emorragie che mettono in pericolo la donna, è per lui un crimine.

Era ben naturale perciò che dopo una asserzione così recisa del grande maestro, gli ostetrici francesi non adoperassero affatto il parto precoce provocato nelle viziature della pelvi, e non vi è da stupire se la Reale Accademia di Medicina nel 1807 lo condannasse come atto immorale. Nè fu ascoltato il Foderé nel 1813 che lo difese nel suo « Traité de Médecine legale, » nè quando tornò alla carica nel 1820 e nel 1828. Bisogna giungere fino al 1830 per trovare la tesi di Burckardt, allievo dello Stoltz di Strasburgo, nella quale sono esposte le idee di questo sulla convenienza di apprezzare ben altrimenti di quello che voleva Baudelocque, l'importanza della operazione del parto provocato. E Stoltz non solo eseguì per la prima volta in Francia con esito felice quell'atto operativo, ma ebbe la soddisfazione di riuscire a richiamare su di esso l'attenzione degli ostetrici, sicchè la pratica del parto precoce artificiale finì poi per essere accettata definitivamente per l'opera di Dezeimeris, M. P. Dubois, Lacour, See.

In Italia, se si eccettuino Pier Paolo Dell'Arme (Saggi di Medicina, Faenza 1768), che provocò il parto in due donne, una al 6° e l'altra al 8° mese stuzzicando la bocca interna dell'utero colle dita, e Lorenzo

Nannoni che con poco entusiasmo parla nel suo Trattato d'ostetricia (Pisa, 1784) della convenienza del parto prematuro artificiale nella pelvi viziata e si mostra disposto ad adoperarlo più tardo che sia possibile, ed il Flaiani (Collezioni d'osservazioni e riflessi di chirurgia, Roma 1802) che al parto precoce provocato anteponeva la sinfisiotomia, bisogna giungere al 1811 per vederlo proposto dall'Assalini (Nuovi istrumenti di chirurgia, Milano 1811), ed al 17 maggio 1825 per vederlo praticato per la prima volta dal Lovati nella clinica di Pavia, confortato dal consiglio del professore Bongiovanni, che allora ne era direttore.

Mi piace dare particolare notizia di questo, che fu il primo parto precoce artificiale in Italia, poichè il Lovati dandone partecipazione nel suo prospetto dei parti avuti nell'anno scolastico 1824-25 nella Clinica Ostetrica di Pavia, espone le ragioni per le quali dal Bongiovanni e da lui, fu preferita la nuova operazione al forcipe ed alla sinfisiotomia. Dietro accurato esame della donna, la quale era una rachitica primipara di 23 anni, determinò che essa trovavasi al principio del 7° mese e che il diametro sacro pubico dello stretto superiore era di due pollici e 9 linee (74. mm.), ed i due diametri diagonali di 3 pollici (81 mm.). Mancandogli la sicurezza di quanto fosse grossa e riducibile la testa fetale, dice Lovati, egli rimaneva indeciso sulla scelta, giacchè tentare l'applicazione forzata del forcipe, quando fosse stata indicata la sinfisiotomia, non era cosa conveniente e riesciva pericolosa per la donna e fatale pel feto, di cui troppo si sarebbe dovuto ridurre il capo, mentre passare subito alla sinfisiotomia, quando il forcipe avesse potuto bastare, sarebbe stata operazione precipitata e senza bisogno si sarebbe messa in forse la vita della madre. Eranvi in entrambi i casi pericoli per la donna e pel feto, pericoli che colla provocazione del parto precoce erano tolti. Difatti il feto avendo 7 mesi di vita intrauterina era vitale e come insegna l'esperienza, dice Lovati, non doveva patire gran che dallo scolo anticipato delle acque (chè per l'autore era allora unico mezzo per provocare il parto precoce la puntura del sacco), nè alcun danno poteva venire alla madre, che in molte altre consimili operazioni altrove praticate, non ne aveva avuti disturbi di sorta. Si decise adunque pel parto precoce artificiale, tanto più che la donna era molestata da dolori di stomaco, frequente difficoltà di respiro e lo praticò pungendo le membrane mercè una cannuccia con stiletto, e 43 ore dopo la donna partoriva una bambina viva di 1840 grammi di peso, e di 45 cent. di lun-

ghezza, la quale sopravisse e crebbe come se fosse nata a termine. La donna ebbe puerperio complicato a leggera metrite, che guarì presto, tanto da lasciare il letto in 10.ª e l'Istituto in 26.ª giornata di puerperio. Lovati poi conclude la sua nota con queste parole: « Possa questa nostra osservazione servire di stimolo agli ostetricanti tutti perchè, date le giuste indicazioni, intraprendano una operazione di nessun pericolo per risparmiarne delle assai pericolose, e perchè dietro molte osservazioni si possa bene stabilire se essa offra realmente tutti quei vantaggi che a noi ora sembra che ella abbia. »

Alla pubblicazione di questo caso il Lovati fece seguire quella di parecchi altri nei Prospetti Clinici annuali fino al 1835, redatti da lui, dal Ferrario, dal Campari, dal Ciniselli, dal Trezzi e dal Cazzani e che io riassumo in questo prospetto:

PROSPETTO.

N. Progressivo	Numero dei parti della donna	Coniugata ostetrica (mm.)	Epoca di gravidanza (mesi)	Metodo di provocazione	Durata del travaglio (ore)	Presentazione: Vertice	Presentazione: Altre	Neonato: Peso (Gram.)	Neonato: Lunghezza (Cent.)	Puerperio: Regolare	Puerperio: Irregolare	Esito: pel feto: Vivo	Esito: pel feto: morto prima o poco dopo il parto	Esito: per la madre: Vivo	Esito: per la madre: Morto	Rendiconto clinico
1	1 para	74	7.°	Puntura del sacco	43	1	—	1843	45	—	1 *(b)*	1	—	1	—	1824-25
2	»	67	6.°	»	38	1	—	972	38	—	1 *(b)*	—	1	1	—	1825-26
3	2 »	67	7.°	»	19	1	—	2350	45	—	—	1	—	1	—	1826-27
4	»	67	7.°	»	43	1	—	1950	43	—	—	1	—	1	—	»
5	»	81	8.°	»	46	1	—	—	—	—	1 *(b)*	—	1 *(a)*	1	—	1827-28
6	»	89 *(c)*	8.°	»	48	1	—	1650	43	1	—	1	—	1	—	1828-29
7	1 »	89	7.°	»	46	1	—	1425	40 1[2	1 *(e)*	—	1	—	1	—	»
8	2 »	89	8.°	»	21	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1829-30
9	1 »	83 tot. rist.	8.°	Spugna compressa	60	1	—	1325	40 1[2	1	—	1	—	1	—	1830-31
10	1 »	88 tot. rist.	8.°		84	1	—	1600	46	—	—	—	1 *(l)*	—	1 *(m)*	1831-32
11	2 »	76 tot. rist.	7.°		48	1	—	1800	42 1[2	—	—	—	1 *(o)*	—	1 *(p)*	1832-33
12	1 »	67	8.°	Segale cornuta. Gr. 150 in 6 prese in 28 ore *(n)*	24	1	—	2400	42	1	—	—	1	1	—	1861-62 1862-63
13	1 »	74 Eccessiva inclinazione pelvica	8.° *(g)*		—	—	Spalla *(h)*	—	—	—	1 *(b)*	—	1	1	—	»
14	2 »		8.°		93	—	Natiche	—	—	1	—	—	1	1	—	»
15	3 »	81	8.°		44	—	—	—	—	1		—	1 *(j)*	1	—	»
												7	8 *(g)*	13	2 *(r)*	

Osservazioni.

a	Asfissia per giri di cordone attorno al collo.
b	Per metrite guarita.
c	Era viziato anche lo stretto inferiore.
d	Riuscita difficile.
e	Asfittico rianimato.
f	Omesso nel rendiconto 1827-28.
g	Idramnios. Evoluzione artificiale.
h	Evoluzione artificiale.
k	Embriotomia antecedente.
i	Parto precoce e forcipe sega antecedenti.
j	Per debolezza congenita.
l	Asfissia da giro di cordone attorno al collo.
m	Pneumonite e Morbus Brighti?
n	Lovati dubita non fosse per volersi mettere spontaneamente il travaglio parendogli insufficiente la dose di segale.
o	Apoplettico.
p	Metro peritonite.
q	53.33 p. 0[0.
r	6.66 p. 0[0 computando una morta invece di due, poichè il N. 30 è morta per malattia indipendente dal puerperio.

Il Lovati poi nel suo manuale del parto meccanico ed istrumentale, dedica una apposita appendice all'argomento del parto precoce artificiale; ne limita la indicazione fra 61 e 74 mm. della C. O, ed osserva che non può sostituirsi alla sinfisiotomia ed alla operazione cesarea, come si pretendeva di poter fare nei primi tempi della sua scoperta.

L'illustre Paletta era invece contrario al parto precoce provocato, poichè era fiducioso nel potere avere piccolo il feto e proporzionato alla pelvica stenosi, col digiuno imposto alla madre e Zaccaria Belli fautore della pubiotomia, riteneva il parto precoce artificiale pratica contraria alle leggi di natura ed ai principi fondamentali della Cattolica Religione. A Napoli il Sannicola, sebbene traducendo il Baudelocque, non avesse fatto alcun appunto alle opinioni di lui contrarie alla provocazione del parto precoce, ne incoraggiava l'uso.

Nel 1839 il De Billi (Effemeride delle scienze mediche. Milano 1839), pubblicava la storia del parto precoce provocato in una medesima donna per due volte all'8° mese con feto vivo, e nel 1844, rendendo conto di 2739 parti studiati nella scuola Ostetrica di Milano dal 1834 al 1843,

dava il seguente specchio di 12 parti provocati anticipatamente per viziatura pelvica:

PROSPETTO.

N. progressivo	Numero dei parti della donna	Coniugata ostetrica	Epoca di gravidanza	Num. delle applicaz. della spugna	Durata della prima applicaz. al travaglio	Durata del travaglio	Prosentazione del feto		Peso del neonato	Lunghezza del neonato	Diametri fetali		Esito			
													pel feto		per la madre	
							vertice	piedi			Bipariotalo	Cervico Bregmatico	Vivo	Morto	Viva	Morta
		mm.			ore	ore			Gram.	Cent.	mm.	mm.				
1	1 para	67	Prima metà dell'8° mese	1	2	11 1[2	1	—	1800	41-8	67	70	1	—	1	—
2	»	67		1	6	20	1	—	1950	41-8	70	72	1	—	1	—
3	3 »	67		1	11[2	37	1	—	1850	40-5	72	70	—	1	1	—
4	1 »	72		2	24	28	1	—	1650	39-1	74	79	1	—	1	—
5	»	72		1	11[2	28	1	—	2100	44-5	76	81	1	—	1	—
6	3 »	74		1	23	4	1	—	1950	43-2	76	81	1	—	1	—
7	2 »	76	Seconda metà dell'8° mese	1	1[2	13	1	—	1800	41-8	76	79	1	—	—	1
8	1 »	85		1	6	14	1	—	2100	43-2	81	83	1	—	1	—
9	»	79		1	16	4	1	—	1950	43-2	76	79	1	—	1	—
10	3 »	74		4	2	12	—	1	2000	45-9	76	81	1	—	1	—
11	1 »	85	Principio del 9° mese	1	1[2	24	1	—	2400	45-9	83	85	1	—	1	—
12	»	88		1	4	24	1	—	2350	43-2	81	81	1	—	1	—

Osservazioni.

Riguardo alla Madre		Riguardo al Feto	
N. 1	Metrite guarita.	N. 2 e 4	Nati apoplettici morirono subito dopo.
» 3	Il primo parto fu provocato dall'arte ed il feto sopravisse; il secondo fu abortivo.	» 3	Nato morto per apoplessia.
» 5	Infiammazione ai pudendi guarita.	» 9	Forcipe sul capo posteriore al tronco.
» 6	Forcipe nei due parti antecedenti; feti morti.	—	Circa il terzo dei feti morì nel corso di 40 giorni dopo la nascita.
» 7	Forcipe nel parto antecedente, feto morto. Morta per metroperitonite.		
» 10	Forcipe al primo parto a termine, feto morto. Nel secondo, parto precoce provocato con esito felice.		

Un caldo difensore del parto precoce provocato fu pure il professore Raffaele Giovanni, palermitano, che nella sesta riunione degli Scienziati italiani tenuta in Milano nel settembre 1844 pronunciò in suo favore un applaudito discorso, nel quale, confrontata la provocazione del parto precoce colla gastroisterotomia, colla pelviotomia e colla sinfisiotomia, facendo rilevare le grandi incertezze dell'esito della prima, i gravi pericoli della seconda e le frequenti cattive conseguenze della terza, concludeva affermando che da fatti ben constatati gli risultava, che di 342 individui, madri e feti, se ne salvarono 249, cioè il 73 p. 0[0.

Cesare Cazzani (1850) in una sua memoria contro la provocazione dell'aborto, parla favorevolmente della provocazione del parto precoce limitandone l'uso fra 60 ed 87 mm. della coniugata ostetrica. Pure favorevolmente ne parla Camillo Platner nella sua memoria sull'aborto provocato, scritta a contraddire le opinioni espresse dal Raffaele, nel che era stato di poco preceduto dal Lovati, colla sua monografia sull'aborto provocato, letta l'11 giugno 1852 al Comitato Medico Lomellino.

Due dissertazioni di pochissima importanza sull'argomento che trattiamo, sono quelle di Casimiro Ghislanzoni (1848) e di Giuseppe Santagostino (1859), mentre è ben migliore, sebbene rifletta più l'aborto provocato raffrontato col taglio cesareo, che non il parto precoce artificiale, la memoria di Virgilio Pedercini, nella quale maggiormente difende quello contro di questo, in avverso al parere de' suoi stessi maestri.

Nei vari congressi scientifici di Padova (1842), Lucca (1843), Milano (1844), difesero il parto precoce provocato nelle stenosi pelviche Vannoni, Centofanti, Tassandori, Turchetti e Francesco Ferrario (1). Il Ferrario al metodo della puntura delle membrane fino allora esclusivamente adottato dal Lovati, preferiva quello della spugna e del tamponamento vaginale; ed il Vannoni levava la voce contro le menzognere statistiche dell' operazione cesarea, mostrando che la pratica del parto precoce doveva tenersi ben in più alta considerazione di quello, che fino allora si fosse fatto.

Nel Congresso di Genova 1846, (Atti del relativo Congresso ed *Annali Università Medica,* 1847), Secondi, Arata e Centofanti, Vannoni e Caire, parlarono in favore del parto prematuro provocato, ma per una

---

(1) « Atti dei relativi Congressi ed Annali Universali di Medicina, » 1843-44-45.

nuova indicazione, la morte abituale del feto in ottavo mese: invece vi furono poco favorevoli i professori Capozzi di Siena (Gazzetta Toscana di Scienze Medico-Fisiche 1843) ed il prof. Rossi di Parma. Aurelio Finizio che nel 1847 aveva scritto nel Filiatre Sebezio dell' abuso e controindicazioni del parto prematuro provocato, lo compì nella Clinica di Napoli per la prima volta nel 1858 con ottimo successo. (Il Severino, 1858, XIX, 57).

Antonio Agostini, veronese, pubblicò nel 1860 una pregievole monografia sul parto prematuro provocato, nella quale l'argomento è trattato con molto valore, sia dal lato storico, che dal lato clinico. Egli raccolse le osservazioni di Merrimann, Kilian, Wilde, Melly, Hoffmann, Madama e dott. Lacour, e Krause, e ne compose una statistica di 1902 casi nei quali si ottenne il 67, 56 p. 0[0 di feti vivi, di cui solo il 39, 35 p. 0[0 sopravisse, ed il 5, 59 p. 0[0 di mortalità delle madri. L'Agostini chiude il suo accurato lavoro riportando le conclusioni di Silbert, cui egli pienamente sottoscrive e che sono le seguenti: Il parto prematuro artificiale è un vero beneficio, perchè in molti casi permette di salvare madre e figlio, esposti altrimenti l'uno e l'altro od anche ambedue a soccombere; è indicato in massima fra 83 e 67 mm. di C. O.; richiede che il feto sia vitale, e che coll'atto operativo non si rechi grave pregiudizio alla madre ed al feto; onde ogni volta non vi sia un' urgenza d'azione pronta e decisiva, è da preferirsi il metodo delle doccie uterine; conviene, quando si possa, attendere il più possibile per avere maggior probabilità di salvare il feto e trattolo vivo, circondarlo della massima cura; è operazione che ha pur essa le sue difficoltà ed i suoi pericoli, perciò è da praticarsi con prudenza, ma una volta riscontratala necessaria, non esitare ad attuarla, perchè conforme ai principi dell'arte, allo spirito della legge ed alle regole della morale.

Detta la varia fortuna che corse il parto precoce provocato presso gli ostetrici passati prima di giungere a stabilirsi nella pratica, vediamo i diversi apprezzamenti di cui in seguito fu fatto oggetto. Codesto studio deve spianarci la via per stabilire i limiti di indicazione del parto precoce provocato nelle pelviche viziature, e quando sia che debba preferirsi ad altre operazioni ostetriche, che ne hanno uguale lo scopo. Nel 1868 una viva opposizione fecesi in Germania alla provocazione del parto precoce, iniziata poco prima dallo Scanzoni ed affermata in detto anno da Riccardo Gieric e meglio ancora nella statistica pubbli-

cata da Spiegelberg nel 1870; opposizione tanto più meritevole di apprezzamento, in quanto che, lasciandosi di giurare in verba magistri e di addurre ragioni più specialmente d'ordine fisiologico e morale, si portava la questione nel campo positivo delle cifre.

Gieric sopra 110 casi di parto precoce provocato, raccolti da vari autori, dà i seguenti risultati: madri salvate 76.3 p. 0[0, feti vivi, 31,8 p. 0[0. Spiegelberg faceva anzitutto rilevare come, a dare troppo favore al parto precoce prematuro, cospirassero due ragioni; l'una che non si aveva mai fatto un buon raffronto fra i danni che sono inerenti alla operazione e quelli che dipendono direttamente dal vizio pelvico, l'altra che si annoveravano per vivi molti feti, che nati vivi, erano poi morti poco dopo il parto. Espone quindi una statistica propria riguardante 2264 parti assistiti a Friburgo dal 1865 al 1869, fra i quali figurano 307 casi di viziatura pelvica. In questi, 14 parti provocati per vizio pelvico avrebbero dato 10 madri salvate e 4 morte, 3 feti salvati e 11 morti; e riguardo al trattamento generale dei 307 casi, limitandosi all'aspettazione si sarebbe avuto il 94. 5 p. 0[0 di madri salvate, il 64. 8 p. 0[0 di feti vivi, ed intervenendo, il 93, 4 p. 0[0 di madri salve ed il 62. 8 p. 0[0 di feti vivi. Prendendo poi i risultati della pratica di vari ostetrici tedeschi presenta le seguenti cifre percentuali:

	Madri		Feti	
	salvate	morte	vivi	morti
Sopra 1224 viziature pelviche in genere . . .	93.3	6.6	72.2	28.7
» 271 parti precoci artificiali in genere . .	81.1	18.8	33.9	56.0
» 287 » spontanei in bacino ristretto . .	95.5	6.4	64.9	35.0
» 219 » precoci provocati in vizio pelvico	84.9	15.0	33.0	66.9
» 239 restringimenti pelvici assai pronunciati	85.7	44.2	41.4	58.5

Ma sebbene tale paragone non potesse avere grande valore, poichè il solo fatto che 219 casi di angustia pelvica trattati in un determinato modo avevano avuto esito diverso da altri 587 in cui il genere di viziatura poteva anche essere di grado altrimenti importante, Spiegelberg ne concluse che la sola ristrettezza pelvica non era ragione sufficiente per

consigliare l'operazione. E ciò valse, dice il Dohrn, a gettare così il discredito sull'atto operativo del parto precoce provocato, che rimasero inoperati molti casi di strettezza di bacino il cui esito sarebbe stato migliore.

Litzmann (1871) pose già meglio la questione distinguendo le viziature pelviche in 4 gradi e studiando in ciascuno di essi, comparativamente, i risultati del parto a termine e quelli del parto prematuro artificiale. Per Litzmann appartengono al primo grado, i bacini generalmente regolarmente ristretti, aventi 100 a 90 mm. almeno, i piatti semplici ed i piatti generalmente ristretti da 95 a 82. 5 mm., ed in essi il parto prematuro non sarebbe giustificato che in caso di complicazioni. Il secondo grado comprende i bacini generalmente regolarmente ristretti aventi 90 mm. al più, i piatti semplici od i piatti generalmente ristretti da 82 a 72 mm.; in questi l'operazione sarebbe nettamente indicata. Al terzo grado poi vengono assegnati da Litzmann i bacini piatti o piatti generalmente ristretti aventi da 73 a 55 mm., ed in essi ritiene che l'operazione non debba essere ammessa che eccezionalmente. Sono di quarto grado i bacini a C. O. inferiore a 55 mm., in cui l'atto operativo non è assolutamente da farsi. Tali deduzioni sono tratte dai seguenti risultati di 373 osservazioni che egli presenta nel seguente prospetto:

Grado di stenosi pelvica	Qualità del parto	Decorso del parto		Madri		Feti		Salvati
		naturale	artificiale	salvate	morte	nati vivi	morienti o nati morti	
I grado	Parto a termine	74.3	25.6	95.06	49.0	87.1	12.8	84.8
	» precoce spont.	90.0	10.0	100.0	0.0	100.0	0.0	80.5
	» » prov.		50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	0.0
II grado	Parto a termine	6.2	93.7	81.2	18.7	25.0	75.0	25.0
	» prec. spont.	25.0	75.0	100.0	0.0	25.0	75.0	0.0
	» » artif.	40.7	59.9	92.5	7.4	48.1	51.8	25.9
III grado	Parto a termine	0.0	100.0	0.0	100.0	50.0	50.0	50.0
	» prec. spont.	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0
	» » artif.	20.0	80.0	60.0	40.0	20.0	80.0	0.0
IV grado	Parto a termine	0.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0
	» prec. spont.	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.	0.0

Ma l'obbiezione mossa al paragone di Spiegelberg, vale sotto un certo riguardo e certo più attenuata, anche per quello fatto dal Litzmann, poichè anch' egli lo fa su donne diverse.

Più rigorose furono le indagini del Dohrn, il quale si propose di ricercare quale fu l'esito per la madre e pel feto del parto a termine e quale nelle stesse donne fu quello del parto prematuro artificiale. Il risultato cui egli giunse accoppiando le proprie osservazioni a quelle di Credè, German, Martin, Künne e Berthold, R. Greuliche M. v. Butkowski, è il seguente: in 93 parti a termine di donne con vizio pelvico di 2° e 3° grado si ebbe il 54 p. 0[0 di gravi affezioni puerperali e l'87 p. 0[0 di feti morti. Invece nei 64 casi di parto prematuro artificiale eseguito sulle stesse donne, si ebbe il 28 p. 0[0 di gravi malattie puerperali con 5 morte, ed il 45 p. 0[0 di feti morti. Ed in seguito a ciò il Dohrn formola la seguente proporzione: « Quando nelle multipare con angustia di bacino di medio grado ci accorgiamo dal corso dei parti precedenti, che il parto a termine minaccia seriamente la vita della madre e del feto, allora è indicato il parto prematuro artificiale. » Ma poi giustamente si domanda, se vi è ragione di escludere dal benefico trattamento le primipare, solo perchè per esse non si ha la controprova dei parti antecedenti, e riflettendo come fortunatamente il progresso nell'arte ci dia oggi il modo di diagnosticare con esattezza le qualità e il grado dei vizii del bacino, afferma che fra primipare e multipare non deve farsi distinzione alcuna, per ciò che riguarda o meno l'applicazione del parto prematuro artificiale, ma deve riconoscersi l' angustia pelvica in ambo i casi come fondamento a decidere l' operazione.

Da noi fu Edoardo Porro, che in una pregiata monografia presentata nel 1871 come tesi di concorso, colla scorta dei casi osservati dal 1855 al 1870 nella Maternità di Milano, volle sceverare quelli che egli chiama ben giustamente *risultati apparenti* della provocazione del parto precoce, dai *risultati veri*. Il modo con cui vennero composte alcune statistiche nell'argomento nostro, non si presta molto sicuramente a lasciar fare delle rigorose deduzioni, e specialmente pei dati che riguardano la mortalità dei bambini, esiste spesso della incertezza, non esistendo sempre la indicazione se il bambino è o meno sopravissuto a lungo alla operazione. Pel Porro poi erano risultati apparenti il 32, 50 p. 0[0 di mortalità nei bambini ed il 5 p. 0[0 quello delle donne, mentre realmente la mortalità affermava essere pei bambini del 76, 75. p. 0[0, e delle

donne dal 23, 25 p. 0[0. È necessario però osservare, che molti dei casi del Porro sono di parto precoce provocato per malattia grave e non per stenosi pelvica e che molte delle rachitiche soffrivano di dispnea, cardiopalmo e disturbi digestivi e che parecchie di esse soggiacquero a malattie che non avevano diretto rapporto coll' atto operativo sovra di esse compiuto.

Ercole Federico Fabbri e Cesare Belluzzi, di cui il primo riportava anche alcuni casi del prof. Massarenti, si levarono invece a difendere la provocazione del parto precoce. Il Belluzzi poi faceva dell'argomento che ci occupa, un oggetto di prediletto studio, ed oltre al pubblicare la statistica ricavata dalla propria pratica e da quella della Maternità di Bologna dal 1860 al 1882, dalla quale risulta che in 102 parti precoci artificiali 6 donne sole morirono e 51 feti o nel parto o nel primo mese, raccolse l'esito di 250 parti provocati in Maternità italiane e straniere, che egli riassume nel quadro seguente:

Istituto	Numero dei parti	Parti provocati per stenosi pelvica	Madri morte	Feti nati morti	Feti sopravissuti	Osservazioni
Maternità di Bologna dal 1862-82 (Belluzzi)....	1959	64	3	7	29	Viventi dopo il mese
Clinica Ostetrica di Bologna, 1873-82 (Massarenti).....	1415	33	2	4	21	Nati vivi dai 5 ai 12 giorni
Clinica Ostetrica di Padova, 1873-82 (Frari)	1325	9	—	2	3	Usciti vivi dopo alcuni giorni
Clinica Ostetrica di Palermo, 1873-82 (Pantaleo).....	1684	11	1	4	4	idem
Clinica Ostetrica di Roma 1873-82 (Pasquali)...	5746	27	3	14	8	Viventi dopo un mese "
Maternità di Bruxelles, 1873-82 (Hyernaux)..	7259	28	2	10	9	Viventi dopo 10 giorni
Clinica Ostetrica di Liege 1857-81 (Wassaige)...	7075	41	1	5	6	idem
Maternità di Parigi, 1873-1882, (Tarnier).....	13619	37	1	12	4	Usciti vivi dal 9° al 15° giorno
		250	13	58	84	

Berthod di Ronsdorf su 105 operazioni da lui praticate dal 1870 al 1873 con 3 morte, nota 9 parti prematuri artificiali con donne tutte salve: nulla dice dei feti.

Künne di Elberfeld ha praticata 15 volte la provocazione di parto precoce salvando tutte le donne, due sole avendone ammalate, e dodici dei feti nacquero vivi e sopravissero.

Landau (1877) è invece contrario al parto precoce prematuro. Winckel, dal 1846 al 1876 ha provocato 25 volte il parto prematuro artificiale; alla 31ª settimana due volte, alla 32ª dieci volte, alla 33ª dodici volte, alla 34ª una volta. La ristrettezza pelvica era di 2° grado 12 volte, di 3° 12 volte e di 4° una volta; le madri furono tutte salve, dei feti solamente sette.

Wiener di Breslavia ha praticato 16 volte il parto prematuro artificiale e confrontandone il risultato con quello di 203 casi di parto precoce spontaneo in viziature pelviche, ha pel parto artificiale, nelle madri una mortalità di 6. 25 p. 0[0, ed una morbilità del 25 p. 0[0; e dei feti il 62, 5 p. 0[0 sono morti durante o subito dopo il parto, il 12, 5 p. 0[0 sono morti 5 settimane dopo d'atrepsia, il 12, 5 p. 0[0 ebbero esito sconosciuto, ed il 12, 5 p. 0[0 rimasero in vita. Invece nei parti spontanei per viziatura pelvica ebbe una mortalità nelle madri del 5 p. 0[0 ed una morbilità del 17, 7 p. 0[0; tace sull'esito riguardo ai bambini e conclude che il parto precoce provocato nei bacini di 85 a 70 mm. compromette più la madre che non il parto spontaneo a termine, e che anche pel feto il vantaggio è più apparente che reale.

Chiarleoni nel suo articolo sul Parto stampato nell'Enciclopedia Medica Italiana, riporta i risultati del parto precoce provocato in 63 casi di pelvi viziata nell'Istituto di S. Caterina in Milano dal 1871 al 1879, nei quali la mortalità delle madri fu del 23. 8 p. 0[0, e per quella dei feti del 61. 9 p. 0[0. Joulin ha pubblicato una copiosissima statistica di casi di parto precoce provocato raccogliendo i dati di parecchi osservatori e ne dedusse una mortalità per le madri del 4, 7 p. 0[0 e pei feti del 47, 8 p. 0[0.

Maygrier nel 1880 in parti provocati per ristrettezze pelviche di

7 cent. o meno, ebbe per le madri una mortalità del 33, 33 p. 0[0 all'incirca, e pei feti del 64, 70 p. 0[0.

Rigaud e Stanesco nello studio di 810 casi di pelvi viziate, di cui 53 trattati col parto precoce, hanno ottenuto i seguenti risultati:

C. O. mm.	Casi	Madri		Feti		Osservazioni
		Vive	Morte	Vivi	Morti	
90	3	2	1	3	—	
98	17	14	3	6	8	
87	18	13	5	6	12	
76	10	6	4	1	9	
65	5	2	3	—	5	
	53	37	16	16	34	

Mangiagalli nel suo Rendiconto clinico 1875-79 lamenta l'elevata mortalità, che l'interruzione artificiale della gravidanza porta alle madri, segnandola al 24. 24 p. 0[0, e quella elevatissima dei bambini, 69. 69 p. 0[0. Ad onta di ciò e sebbene egli affermi il concetto che col parto artificiale il feto, se non è avanzato nell' 8.° mese di vita endouterina, ha però probabilità di nascer vivo e pochissima di sopravvivere, estende più del Chiara la indicazione dell'atto operativo da 70 ad 85 mm. di coniugata.

Dei lavori del dott. Felice La Torre e del Truzzi, entrambi pubblicati nel 1887 e del recentissimo del prof. Calderini, i quali considerano la provocazione del parto precoce sotto concetti analoghi a quelli che verrò svolgendo, farò cenno più innanzi, mentre ora raccolgo nel seguente quadro i cinquanta casi di parto precoce provocato nella Maternità di Cremona dal 1877 a tutto aprile 1890. Nella prima parte figurano ventiquattro casi di parto provocato per stenosi pelviche, nella seconda ventisei casi per altre indicazioni. Ho voluto pubblicare qui anche questi, perchè hanno una grande attinenza coll'argomento che trattiamo

e servono a dimostrare la differenza di risultato che si ha dallo stesso atto operativo se diversa ne è la indicazione da quella delle pelviche stenosi, non che a darci più numerose notizie riguardo all'influenza di esso sulla sopravivenza fetale.

I parti precoci artificiali illustrati in codesti quadri si riferiscono a 2382 parti avvenuti nella Maternità di Cremona durante il termine di tempo sopra accennato, come risulta da questo prospetto:

MATERNITÀ DI CREMONA — **Parti precoci provocati.**

1 gennaio 1877 — 30 aprile 1890.

Anni	Parti avvenuti				Parti precoci provocati		
	semplici	duplici	triplici	Totale	per stenosi pelvica	per altre indicazioni	Totale
1877	150	9	—	159	2	—	2
1878	133	4	—	137	1	—	1
1879	171	11	—	182	1	—	1
1880	161	3	—	164	—	—	—
1881	175	6	—	181	—	—	—
1882	168	3	—	171	—	1	1
1883	185	4	—	189	—	—	—
1884	178	3	—	181	2	3	5
1885	174	3	1	178	1	3	4
1886	175	5	—	180	1	—	1
1887	164	1	—	165	2	—	2
1888	173	8	—	181	8	5	13
1889	214	5	—	219	3	9	12
I quad. 1890	92	3	—	95	3	5	8
	2313	68	1	2382	24	26	50

Ecco ora i quadri delle osservazioni:

N. progressivo	Anno	N. di protocollo	Sezione	Primipara	Pluripara	Mese di gestazione	Qualità	Limite della C. O.	Metodo operativo	Presentazione			Peso del neonato	Lunghezza del neonato	Esito per la madre	Esito pel feto				Osservazioni
										vertice	natiche	spalla				prossimo		remoto		
																Morto	Vivo	Morto nel I. mese	Sopravissuto	
								cent.					gram.	mm.						
1	1877	2741	A			VII	Bacino rachitico piatto.	7 corr.	Doccie Kiwisch						Metroperitonite, morta		1	1		Non era ancora usata l'antisep.
2	1877	6433	A			VIII	Bacino rachitico piatto.	7 1/2 »	Spugna preparata e candeletta di Krause.						Pelvicellulite morta.		1	1		Idem.
3	1878	3459	A			VI	Bacino rachitico totalmente regolar. ristr. di terzo grado.	5 1/2 »	Idem.						Metroperitonite morta.	1				Idem.
4	1879	222	A	I		7 1/2	Bacino rachitico piatto.	7 1/2 »	Spugna preparata e doccie Kiwisch.	O. S.			1195	39	Metroperitonite morta.		1	1		Idem.
5	1884	48	A	I		IX	Bacino rachitico piatto.	8 1/2 »	Spugna preparata. Doccie di Kiwisch. Sacchetto di Barnes	O. S.			2700	48	Puerperio regolare.		1		1	Coll'antisepsi incompleta.
6	1884	203	A	I		VIII	Bacino piatto.	7 1/2 »	Doccie di Kiwisch e tampone elastico (uncino ottuso).	O. S.			2650	47	Pelviperitonite morta.	1				Idem.
7	1885	129	A	I		VIII	Bacino rachitico piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch e tampone elastico.	O. S.			2680	47	Puerperio regolare.		1		1	Coll'antisepsi rigorosa.
8	1886	193	A	I		VIII	Bacino rachitico piatto.	9 »	Idem.	O. S.			2780	45	Puerperio regolare.		1	1		Idem.
9	1887	176	A	I		VIII	Bacino piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch, e tampone elastico. Rivolgimento podal. interno.	O. D.			2550	44	Puerperio regolare.		1	1		Idem.
10	1887	119	A	I		VIII	Bacino rachitico piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch, candeletta di Krause, puntura del sacco.	O. S.			1850	42	Parametrite guarita.		1	1		Idem.
11	1888	180	L	I		IX	Bacino piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch.	O. S.			2700	50	Puerperio regolare.		1		1	Coll'antisepsi. Incubatrice.
12	1888	41	L		II	VIII	Bacino piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch, tampone elastico. Dilat. Hegar, puntura del sacco.	O. D.			2500	47	Puerperio regolare.		1		1	Idem.
13	1888	228	A	I		VIII	Bacino rachitico totalmente regolar. ristretto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch, tampone elastico, candeletta.	O. D.			2100	44	Puerperio regolare.		1	1		Idem.
14	1888	200	A		II	VII	Idem.	7 1/2 »	Idem.		S. S.		1530	41	Puerperio regolare.		1	1		Idem.

Parto precoce provocato per vizio pelvico.

N. progressivo	Anno	N. di protocollo	Sezione	Primipara	Pluripara	Mese di gestazione	Qualità	Limite della C. O.	Metodo operativo	Presentazione			Peso del neonato	Lunghezza del neonato	Esito per la madre	Esito pel feto				Osservazioni
										vertice	natiche	spalla				prossimo		remoto		
																Morto	Vivo	Morto nel I. mese	Sopravissuto	
								cent.					gram.	cm.						
15	1888	69	A		II	VIII	Bacino obliquo ovale di Naegele.	8 1/2 corr.	Doccie Kiwisch, tampone elastico, candeletta.	O. S.			2650	49	Puerperio regolare.		1		1	Coll'antisepsi. Incubatrice.
16	1888	61	A	I		VIII	Bacino piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch, tampone elastico, candeletta.	O. S.			2620	47	Puerperio regolare.		1	1		Idem.
17	1888	25	A	I		VIII	Bacino piatto.	9 «	Doccie Kiwisch, tampone elastico. Ossigeno al feto.	O. D.			2200	45	Parametrite guarita.		1		1	Idem.
18	1888	252	L		III	7 1/2	Bacino cifotico e stenosi cicatricea vaginale.	7 1/2 D. bischiatico	Candeletta di Krause indi sacchetto di Barnes.	O. S.			1970	42	Puerperio regolare.		1	1		Idem.
19	1889	108	L		II	VII	Bacino piatto.	9 corr.	Doccie Kiwisch, tampone elastico, candeletta Krause.	O. S.			2240	45	Puerperio regolare.		1	1		Idem.
20	1889	182	A	I		VIII	Bacino piatto.	7 1/2 »	Doccie Kiwisch, candeletta Krause. Rivolgimento pod. int.			S.D. C. I. D.	2200	45.5	Puerperio regolare.	1				Coll'antisepsi.
21	1889	111	A	I		VIII	Bacino tot. reg. ristretto.	9 1/2 »	Doccie Kiwisch.	O. D.			2690	45	Puerperio regolare.		1		1	Coll'antisepsi. Incubatrice.
22	1889	250	A		II	VIII	Bacino piatto.	8 1/2 »	Doccie Kiwisch, poi craniotomia non pulsando il cordone.	O. D. brac. e cord. proc.			2350	47	Endometrite guarita.	1				Coll'antisepsi.
23	1890	33	A	I		VIII	Bacino totalmente regolare ristretto.	8 »	Doccie Kiwisch, e candeletta elastica.	I O. S.	II S. D		I 1800 II 1350	I 41 II 40	Puerperio regolare.		1 1	1 1		Coll'antisepsi. Incubatrice.
24	1890	64	A	I		VII	Bacino rachitico piatto.	7 »	Doccie Kiwisch, candeletta di cera. Sacchetti di Barnes.	O. S.			1550	44	Puerperio regolare.		1	1		Idem.

Numero progressivo	Anno	Num. di protocollo	Sezione	Primipare	Pluripare	Mese di gestazione	Indicazione	Metodo operativo	Presentaz.		Neonato		Puerperio		Esito per la madre		Esito pel feto				Osservazioni
																	prossimo		remoto		
									vertice	altre	Peso grammi	Lunghezza centim.	regolare	irregolare	viva	morta	morti	vivi	morti nel I mese	sopravissuti	
1	1882	128	L.		7ª	VIII	Vizio di cuore.	Doccie Kiwisch, puntura del sacco.	O. S.		2300	48	1		1			1	1		Antisepsi incom.
2	1884	94	L.		4ª	VII	Anemia pernic.	» » tamponam. elastico, puntura del sacco.	O. D.		1640	43	1		1			1	1		Idem
3	1884	86	L.		6ª	IX	Idem	Doccie Kiwisch, tampone elastico.	O. S.		2930	50	1		1			1		1	Idem
4	1884	79	L.		3ª	VIII	Idem	Idem	O. D.		2680	46	1		1			1		1	Idem
5	1885	166	L.	1ª		VII	Morbus Brighti	Idem	O. S.		1220	43	1			1	1				Idem
6	1885	98	L.		6ª	VII	Anemia pernic.	Doccie Kiwisch.	O. S.		1920	42	1			1		1	1		Antisepsi rigor.
7	1885	119	L.		1ª	VII	Idem	Idem	O. D.		1350	38	1			1		1		1	Idem
8	1888	245	L.		3ª	VI	Idem	Candeletta, rottura del sacco.	O. S.		550	32 1/2	1			1	1				Idem
9	1888	225	L.		4ª	VIII	Vizio di cuore, agonia	» tampone elastico.	O. S.		2300	47	1			I		1		1	Antisepsi incub.
10	1888	210	L.	1ª		VIII	Morbus Brighti	Tampone elastico. Candeletta Krause, puntura del sacco.	O. D.		2200	44	1			1	1				Idem
11	1888	216	L.		2ª	VIII	Idem	Doccie Kiwisch.	O. S.		2250	46	1		1		1				Idem
12	1888	180	L.	1ª		VI	Vizio di cuore	Tampone elastico.	O. S.		2700	50	1			1		1	1		Idem
13	1889	244	L.		3ª	VI	Morbus Brighti	Doccie Kiwisch poi punt. membrane.	O. S.		1020	36 1/2	1		1		1				Idem
14	1889	192	L.	1ª		VI	Anemia pernic.	Doccie Kiwisch.	O. S.		1330	38	1			1	1				Idem
15	1889	190	L.		10ª	VII	Idem	Idem	O. D.		1700	40	1		1			1		1	Idem
16	1889	185	L.		6ª	VIII	Idem	Idem	O. S.		2370	44 1/2	1			1		1		1	Idem

Parto precoce provocato per altre indicazioni.

Numero progressivo	Anno	Num. di protocollo	Sezione	Primipara	Pluripara	Mese di gestazione	Indicazione	Metodo operativo	Presentaz.		Neonato		Puerperio		Esito per la madre		Esito pel feto				Osservazioni	
																	prossimo		remoto			
									vertice	altre	Peso grammi	Lunghezza centim.	regolare	irregolare	viva	morta	morto	vivo	mort. nel I mese	sopravissuto		
17	1889	173	L.		5ª	VII	Anemia pernic.	Doccie Kiwisch e candeletta Krause.	O. D.		2420	45	1			1		1	1		Antisep. rigor.	Incubat.
18	1889	114	L.	1ª		VIII	Idem	Tampone elastico e candeletta Krause.		S.D	880	32	1			1	1				Idem	
19	1889	103	L.		2ª	VIII	Idem	Doccie Kiwisch. Candeletta Krause.	O. D.		2720	46 1/2	1		1			1	1		Idem	Idem
20	1889	51	L.		3ª	VIII	Morbus Brighti	Deccie Kiwisch. Tampone elastico. Candeletta Krause.		S.D. C.I.D.	2050	45	1		1		1				Idem	
21	1889	2	L.		4ª	VIII	Idem	Doccie Kiwisch. Tampone elastico.		S.S.	2100	45	1		1			1	1		Idem	Idem
22	1890	24	L.		3ª	VIII	Idem	Doccie Kiwisch.	O. D.		2450	44 1/2		Endom. lieve	1			1		1	Idem	Idem
23	1890	78	L.		6ª	VII	Anemia perniciosa	Idem	O. D.		1650	41	1		»	1	1				Idem	
24	1890	81	L.	1ª		IX	Minaccia d'asfiss. per enfisema polmonare complicato a catarro diffuso.	Candeletta di Krause e sacchetto Barnes.	O. D.		2820	47	1		1			1		1	Idem	Idem
25	1890	96	L.		6ª	VI	Anemia perniciosa.	Doccie Kiwisch.	O. S.		988	36	1			1		1		1	Idem	Idem
26	1890	119	L.		5ª	VI	Minaccia d'asfiss. per pleurite destra con idrotorace completo (Toracentesi).	Candeletta Krause. Puntura delle membrane.	O. S.		1470	39	1		1			1		1	Idem	Idem

Riassumendo ora codesti quadri, troviamo riguardo al quadro del parto precoce nelle stenosi pelviche, che le 24 donne si distinguono in 20 illegittime e 4 legittime, in 15 primipare, 6 multipare e 3 ignote. Il grado di ristrettezza pelvica fu 14 volte del 1°; 9 volte del 2° ed una del 3° grado; la C. O. minima fu di 55 mm., la massima di 95 millimetri, entrambe in bacini totalmente egualmente ristretti, e da considerarsi come estremi eccezionali, essendo invece stata contenuta ordinariamente l'operazione entro i limiti di 75 e 90 mm. con una media di 81. 4 mm. La qualità della viziatura fu per 9 volte il bacino piatto, per 8 il piatto rachitico, per 5 il totalmente regolarmente ristretto, per 1 l'obliquo ovale di Naegele e per 1 il cifotico con stenosi cicatriziale vaginale. La morbilità nel puerperio e la mortalità per la madre, vanno diversamente considerate secondo le condizioni d'antisepsi o meno in cui venne eseguito l'atto operativo, poichè è enorme la differenza del risultato. Senza antisepsi fino al 1879, o ad antisepsi incompleta dal 1880 al 1884, la morbilità e la mortalità delle madri raggiunse la gravissima cifra di 5 su 6, cioè dell'83.33 0[0; mentre dacchè nell'Istituto si potè adoperare l'antisepsi rigorosa, si ebbero salve tutte le donne e la morbilità in puerperio scese al 16.66 0[0, (3 su 18). Riguardo ai 25 feti, ne abbiamo uno al 6.° mese, 4 al 7.°; 2 al 7 1[2; 16 all'8.° e 2 al 9.° Quanto al loro esito prossimo, 4 nacquero morti e 21 vivi; di questi 14 morirono nel 1.° mese e 7 sopravissero.

Considerando ora il quadro del parto precoce provocato per altre indicazioni, vi troviamo riguardo alle donne che sono tutte legittime; e di esse 6 primipare e 20 pluripare. L'indicazione del parto precoce artificiale fu sempre data da malattie gravi complicanti la gravidanza e precisamente 14 volte dall'anemia perniciosa, 7 volte da morbus Brightii, 3 volte per vizio di cuore, e due volte per minaccia d'asfisia, una da enfisema polmonare con catarro bronchiale diffuso, e l'altra per pleurite destra con idrotorace completo. L'anemia perniciosa progressiva è malattia molto comune nel Cremonese, causa precipua di mortalità nella Maternità nostra e perciò fu oggetto da parte mia di costanti studii, che spero potere fra non molto riassumere in una speciale monografia.

La morbilità del puerperio è nulla anche nel periodo ad antisepsi incompleta, ma è da osservare che molte volte la morte sopravenne così prestamente, da non lasciar adito allo sviluppo della forma morbosa

puerperale. Grave invece è la mortalità in queste donne, poichè raggiunse il 52.38 0[0, e fu sempre dovuta alla malattia da cui si trasse la indicazione del parto provocato. Riguardo ai 26 feti, 6 sono al 6.° mese, 7 al 7.°, 11 all'8.°, e 2 al 9.°; quanto al loro esito prossimo: 9 nacquero morti e 17 vivi, di cui 9 morirono nel primo mese ed 8 sopravissero.

Raggruppando poi quei dati dei due quadri, che meglio è considerare in complesso, rileviamo che i metodi operativi a preferenza adoperati sono le doccie di Kiwisch, il tampone elastico, la candeletta di Krause, il sacchetto di Barnes e la puntura del sacco amniotico; e quanto alla complessiva morbilità del puerperio essa è del 16 0[0 (8 su 50).

Riguardo all'esito dei 51 feti abbiamo il 26 0[0 di nati morti (13) ed il 74 0[0 di nati vivi (38); di questi il 61.53 0[0 morì nel primo mese (23), ed il 39.47 0[0 sopravisse (15). Se poi vogliamo vedere la influenza esercitata dalla incubatrice sulla sopravivenza dei feti, ci risulta che dei 24 feti nati vivi e posti nel mio apparecchio ne sopravissero 10 cioè il 41 e 66 0[0, mentre dei 14 feti nati vivi che non vi furono posti, ne sopravissero soltanto 5, vale a dire il 35.71 0[0.

Quanto poi al pronostico della provocazione del parto precoce che si può dedurre dalle 50 osservazioni riportate esso è favorevole, poichè se fatto colle pratiche antisettiche, l'esito fu costantemente fortunato per la donna, mentre salvò i 2[5 dei feti.

(*Continua*).

RASSEGNA GINECOLOGICA

Paolo Poirier. — **Linfatici degli organi genitali femminili.** — Dal *Progrès médical.* N. 47, 48, 49, 51, 1889 e successivi 1890.

Quantunque l'A. dall'87 si occupi dell'argomento e abbia iniettati e quindi dissecati questi linfatici in più che 300 soggetti, riconosce che alcuni punti sono ancora da studiare ulteriormente. Usò le iniezioni al mercurio, secondo il metodo Sappey.

Vasi linfatici della vagina.

Sono numerosissimi, disposti in due reti, la mucosa e la muscolare. L'iniezione è più facile nei soggetti giovanissimi: eccone il metodo, onde, mantenendo l'organo in sede e in rapporti normali, possano seguirsi i vasi ai loro ganglii. Dopo aver distaccate tutte le parti molli che formano la parete anteriore delle regioni ipogastrica e pubica, si demolisce la parte anteriore della cintura pelvica con 4 tratti di sega sulle branche orrizzontali del pube e ascendenti dell'ischio e si dissecca con precauzione la vescica e l'uretra dalla parete vaginale, che s'incide colle forbici dal bulbo della vagina all'inserzione di essa al collo, avendo cura di cauterizzare i bordi di quest'incisione, per occludervi gli stomi linfatici. La mucosa sia ben pulita, onde non resti occluso il tubo d'iniezione da prodotti epiteliali. La pressione necessaria è di 8-10 cent. di mercurio nel bambino, un po' di più nell'individuo adulto. Si abbia cura di fare una puntura superficiale volendo iniettare la rete mucosa; più profonda, se la muscolare, e, quando necessitino più punture, si abbia in mente di cauterizzare gli orifici rimasti aperti. La rete mucosa è di una estrema ricchezza e finezza, comunica con la rete muscolare a maglie più larghe e a linfatici più voluminosi.

I linfatici nati dalla rete muscolare, appariscono sulla faccia esterna della vagina e, sulla linea mediana posteriore, formano, con le loro anastomosi, uno o due grossi tronchi mediani che seguono la direzione dell'organo e sono posti nel cellulare retto-vaginale; presentano di tratto in tratto dilatazioni ampollari. I vasi che

ricevono i linfatici della vagina vanno divisi in 3 gruppi: superiore, medio, inferiore. Il gruppo inferiore comprende i linfatici venuti dalla parte della vagina contigua immediatamente alla vulva; è il meno sviluppato non comprendendo che lo spazio interposto fra la vulva e il condotto vaginale, il vestibolo. Nell'insieme, i linfatici vaginali possono dirsi tributarii dei ganglii pelvici. Negli infanti la separazione della vulva dalla vagina è distintissima; se si punge al di dentro dell'imene, il mercurio passa in vasi che vanno ai ganglii pelvici; se si punge sulla faccia vulvare, si iniettano vasi che vanno ai ganglii inguinali. Nella donna adulta la divisione è meno netta, per le ricche anastomosi dei linfatici vulvari e vaginali. Ciò tutto ben inteso, che è pure conforme a quanto ne apprende lo studio dello sviluppo della vagina, l'A. continua a dire come i linfatici della porzione vulvare della vagina vadano ai ganglii inguinali (gruppo vulvare) per mezzo di due o tre tronchi. Il gruppo superiore nato dalle reti vaginali comprende due o tre vasi che si staccano dal 3o superiore della vagina, si portano in alto e infuori per unirsi ai grossi vasi linfatici nati dal collo e immettere con questi nei ganglii del plesso iliaco. Non ha mai trovato ganglii sul loro decorso.

Fra questi due gruppi ce n'è un terzo, il medio, ancora poco studiato, che nasce dalle reti linfatiche della porzione media della vagina e comprende due o tre vasi, che decorrono prima sui lati della vagina, poi del setto retto-vaginale, vanno al ganglio inferiore del plesso iliaco costeggiando in gran parte del suo tragitto l'arteria vaginale. Questo ganglio talvolta è doppio, è in rapporto con l'origine dell'arteria vaginale a livello della parte mediana della grande incisura ischiatica, all'infuori col nervo ischiatico, all'indietro col tessuto cellulare che veste la parete rettale. Disposizione importante, che conduce a cercare con l'esplorazione rettale l'adenite che complica le infiammazioni vaginali, e che fa comprendere la frequenza e il meccanismo dell'apertura di certe raccolte purulenti nel retto.

Vasi linfatici dell'utero.

L'A. descrive successivamente: 1° i linfatici che nascono dalla mucosa; 2° i linfatici che nascono dallo strato muscolare; 3° i linfatici superficiali o linfatici del peritoneo uterino. A proposito di questi ultimi si noti che non sono quelli descritti dalla maggior parte degli autori, cioè i grossi tronchi venuti dall'organo e decorrenti nel tessuto sottosieroso per arrivare ai vasi e ai ganglii, ma una rete speciale e importantissima nella storia dei linfatici uterini.

a) Linfatici della mucosa — Formano una rete di estrema delicatezza, sì che non è facile iniettarla, e quasi impossibile conservare la preparazione: più resistente è la rete linfatica della mucosa del collo, che si prepara incidendo la parete anteriore della cavità cervicale, divaricando i bordi e dirigendo la punta

del tubo sul mezzo della parete posteriore. Questo processo dovuto a Sappey serve anche per la mucosa del corpo, non riuscendo invece la preparazione, se si fa la puntura proprio su di essa, per la finezza della sua rete linfatica, che è anche meno ricca. Cadono dunque le asserzioni di Fridolin e di Leopold, secondo i quali il sistema linfatico della mucosa uterina non è rappresentato da vasi cilindrici, ma da lacune linfatiche.

b) Linfatici dello strato muscolare. — È facilissimo iniettarli, tanto più se l'organo fu posto per un'ora in acqua a 40.° I punti d'elezione per la puntura sono il collo e le corna uterine. Infossando profondamente nello spessore del collo la punta di un tubo carico di mercurio sotto una pressione di 20-30 cent. si vede tosto apparire gran numero di linfatici su tutto il contorno del collo, che decorrono, anastomizzandosi, nel tessuto cellulare vescico-uterino, e retto-uterino, e si riuniscono in due o tre tronchi, che ai lati del collo si dispongono intorno all'arteria uterina, seguendola nel suo tragitto.

Una puntura profonda in uno degli angoli uterini inietta immediatamente dei grossi tronchi che convergono nel tessuto cellulare sottosieroso verso l'origine uterina della tuba, e decorrono in numero di due o tre nello spessore del bordo superiore del legamento largo, sotto l'ovaio e la tuba. Negli adulti si deve avere la precauzione di abbassare la pressione, tosto che il mercurio compare nei tronchi emergenti e ciò per non far lacerare i vasi.

Il sistema linfatico dello strato muscolare dell'utero è più sviluppato assai del sanguigno. Talvolta, 1 per 10, la puntura cade su un vaso sanguigno, generalmente venoso, e il mercurio appare nelle vene periferiche; ma il suo mescolamento col sangue, la forma e lo spessore del vaso non lasciano campo a l'errore.

c) Linfatici dello strato sieroso dell'utero. — Se si punge molto superficialmente il peritoneo che ricopre l'utero introducendo la punta del tubo molto inclinata, così da penetrare nello strato sotto-endoteliale, senza giungere fino al cellulare utero-peritoneale, si possono iniettare delle belle reti linfatiche a maglie finissime, e tanto superficiali, che disegnano il loro rilievo sulla superficie del peritoneo, non ricoperti che dal foglietto endoteliale di esso. Esse comunicano per mezzo di molti piccoli tronchi, coi grossi linfatici sottosierosi, che restano quindi iniettati anch'essi, non appena l'iniezione ha raggiunto una certa estensione. Di questa speciale rete sierosa Morgagni, Cruicksank e Mascagni non fanno parola alcuna, Lucas-Championniére, Fridolin, Leopold non descrivono in fondo che i grossi tronchi emergenti nel tessuto sotto-sieroso. Sappey non ammette vasi linfatici nelle sierose; solo Mierzeiewskì la vide in parte e descrisse sotto il nome di «linfatici, o anse sierose;» egli ricercò sugli animali, adoperando il bleu di Prussia acidulato, ed è per questo processo non perfezionato ch'egli non riuscì ad avere un'iniezione totale della rete sierosa. I suoi risultati però, e quelli più completi che l'A. ottenne e conserva mettono fuor di dubbio l'esistenza di questi linfatici sierosi, la cui

importanza è evidente, comunicando essi coi tronchi uterini, in tutte le forme morbose dell'utero.

Secondo il loro decorso e il gruppo di ganglii a cui vanno i linfatici dell'utero furono divisi in un modo generale in linfatici del collo e del corpo.

Vasi linfatici del collo. — I linfatici nati sia dalla mucosa che dalla muscolare del collo, emersi alla periferia dell'utero, si anastomizzano e riuniti infine in due o tre tronchi si dirigono trasversalmente in fuori attorno ai vasi. Questi tronchi sono di volume considerevole, con valvole la cui concavità guarda all'infuori. Passano con l'arteria uterina dietro l'uretere, lungo il bordo inferiore del legamento largo nell'interstizio dei suoi due fogli peritoneali. Sono intimamente uniti al fascio vascolare, onde ne riesce difficile la dissezione. Vanno ai ganglii linfatici posti nell'angolo di biforcazione dell'arteria iliaca primitiva. Questi ganglii sono in numero di due o tre. Il più alto, che è anche il più grosso, occupa il sommo dell' angolo e corrisponde allo stretto superiore. Gli altri due minori sono posti lungo e in avanti dell'arteria ipogastrica, quindi nella cavità pelvica applicati alla sua parete interna, e a livello del bordo pelvico del legamento largo. Ad essi tien dietro il ganglio che riceve i linfatici della porzione media della vagina, posto in mezzo al gruppo delle branche dell'ipogastrica. Tutti questi ganglii formano quindi una catena stesa dall'angolo di biforcazione dell'iliaca primitiva fino alla terminazione dell'ipogastrica. Essi possono quindi essere sentiti col riscontro vaginale o rettale profondo diretto in alto e in fuori, verso le pareti pelviche. Allo stato normale non si riesce a percepirli, ma se per qualche processo essi ingrossano vi si arriva non solo col riscontro vaginale o rettale, ma ancora con la palpazione profonda della fossa iliaca a livello dello stretto superiore. Questi ganglii formano parte del gran plesso iliaco. Viste poi le enormi anastomosi fra l'uno e l'altro di questi ganglii, non c'è da meravigliarsi dell'azione di affezioni del collo uterino su certi ganglii che pur non ne ricevono i linfatici. E qui l'A. insiste sulla costanza della sopradescritta disposizione linfatica, negando l'esistenza di un ganglio al foro sotto-pubico, sebbene egli pure ammetta non al tutto falsa la teoria dell'adenite sotto-pubica, teoria fondata su un errore anatomico.

L'A. nega ancora l'esistenza ammessa da Lucas-Championnière di un ganglio vicino al collo uterino, e negata da Sappey ed altri, l'A. crede trattarsi o di un linfatico infiammato o ispessito, o del plesso linfatico voluminoso che formano spesso al loro emergere i vasi del collo, molto tortuosi e ravvolti, ed anzi egli ammette volontieri come spiegazione di questa disposizione il fatto che il collo uterino è fisiologicamente destinato a mutamenti importanti e transitorii di volume. Ravvicina a questa la disposizione clinica dei vasi sanguigni nei tessuti erettili, e cita Marchant che ha trovato alla base del glande un flessuoso attorcigliamento di linfatici.

Linfatici del corpo uterino. — I linfatici nati dal corpo e dal fondo uterino appariscono alla superficie dell'organo, si anastomizzano nel tessuto sottosieroso, e convengono dalla faccia anteriore e dalla posteriore per formare due tronchi voluminosi (di rado tre) che decorrono lungo il bordo superiore del legamento largo, di un diametro di uno o due millimetri accollati all'arteria utero-ovarica, più vicino all'ovaio che alla tuba da cui ricevono due o tre rami linfatici. Sul principio sono del tutto orizzontali, passando sotto l'ilo dell'ovaio entrano in contatto con i linfatici che ne escono, ma, come lo provano le preparazioni delle iniezioni al mercurio, non si anastomizzano con essi; il che fanno solo più in alto a livello della quinta vertebra lombare. I gangli lombari, che ricevono i linfatici del corpo dell'utero, sono posti all'estremità inferiore del rene, davanti alla vena cava e all'aorta, avviluppandole con le loro anastomosi. I ganglii più bassi sarebbero più specialmente destinati ai linfatici uterini, i più alti agli ovarici, ma una iniezione riuscita inietta per le anastomosi accennate tutto il plesso linfatico. Alcuni tronchi linfatici nati dalla parte antero-superiore dell'utero alla regione d'inserzione del legamento rotondo, vanno, seguendo il legamento stesso ai ganglii inguinali. Già conosciuti da Mascagni sono sottili e di difficile preparazione; spiegano la compartecipazione dei ganglii inguinali in taluni casi di affezioni uterine, come vide l'A. in una donna morta di cancro melanotico all'utero.

I due gruppi di tronchi linfatici, uno dei linfatici del corpo, l'altro di quelli del collo decorrono dunque coi vasi sui due bordi del legamento largo, nello spessore del quale l'A. non trovò mai linfatici, e sono uniti invece per mezzo di numerosi vasi a livello dell'istmo uterino, nonchè per un grosso tronco anastomotico costante che lungo i lati dell'organo va da un gruppo all'altro. Le valvole di questo ramo, molto spiccate hanno la concavità volta al fondo uterino, il che farebbe pensare che la circolazione linfatica sia diretta dal collo verso il fondo; l'A. però non dà molta importanza a le valvole nel sistema linfatico, giacchè in uteri infantili egli riuscì con una sola puntura sul fondo uterino a iniettare tutto il sistema linfatico, compresa la grossa anastomosi.

Dell'ufficio dei linfatici nelle infiammazioni uterine, degli annessi e del peritoneo pelvico.

Date le ricche reti linfatiche che vanno dallo strato profondo dell'utero al peritoneo, si capisce come le infiammazioni endo-uterine si facciano risentire alla periferia e si producano facilmente aderenze che sono per lo più posteriori. Le affezioni della mucosa del collo soltanto si ripercotono più difficilmente sul peritoneo periuterino. Le briglie neoformate sprovviste di vasi sanguigni sono per contro oltremodo ricche di linfatici, i quali comunicano largamente coi linfatici

del peritoneo, ciò si prova in modo visibilissimo con le iniezioni di mercurio metallico, di cui l'A. ha depositato una preparazione molto dimostrativa al Museo Dupuytren.

Tutte le infiammazioni pelviche d'origine uterina risentono della disposizione linfatica, e furono ormai classificate come quelle di ogni altra parte del corpo, da le forme indurative peri e parametritiche, all'ascesso peri-uterino, al flemmone del legamento largo, all'adeno-flemmone, alla pelvi-peritonite diffusa. Noi abbiamo visto più sopra come sui lati dell'utero, vi sia un punto dove la rete linfatica, più esile e meno sostenuta, si rompe più facilmente; è lì il punto preferito di formazione delle raccolte purulente peri-uterine, che facilmente si toccano dai fornici vaginali laterali e che si aprono di preferenza nel retto e nella vescica di quello che nella vagina che ha parete più resistente.

È sorprendente come sull'appoggio dei fatti anatomici, si vedano migliorare sintomi peritoneali, con l'antisepsi uterina, allo stesso modo che il trattamento antisettico di una piaga al piede fa scomparire l'adema angioleucitico della gamba e il bubone inguinale.

L'A. poi parlando del flemmone del legamento largo, nega ciò che afferma Guérin, cioè la barriera aponeurotica che il legamento offre nella sua struttura all'invasione progressiva della suppurazione, anzi egli dimostra che il pus può facilmente infiltrare e sdoppiare i foglietti del legamento in seno al cellulare che li divide. Ma egli non ammette l'infiammazione primitiva della parte centrale del legamento largo, nella quale non esistono organi che ne possano essere sede, onde vorrebbe ormai bandito il termine di flemmone del legamento largo. Combatte poi l'opinione di Terrillon, che il piastrone addominale, che si riscontra nell'esame di queste inferme, sia dovuto alla presenza a questo livello della tromba o dell'ovaio, circondati da false membrane peritoneali e anche da l'epiploon che loro aderisce; e dimostra che i cinque casi in cui Terrillon dimostrò con la preparazione questo fatto non sono che un'eccezione in faccia al gran numero di volte in cui i chirurghi poterono con incisioni parallele all'arcata di Fallopio, e per la via sottoperitoneale, aprire questi ascessi pelvici, che altre volte infiltrano lungi il cellulare e vanno ad aprirsi o nel retto o all'inguine o all'ombellico. Essi non hanno alcun rapporto con la tuba, da cui restano distanti per tutta l'altezza del legamento largo.

Due teorie specialmente si contendono il campo nella patogenia delle ovaro-salpingiti suppurate; quella della propagazione per vicinanza e quella della linfangite uterina. Quénu con Terrier, Terrillon, Trélat e Routier stanno per la prima, mentre Lucas-Championniére sostiene la seconda. L'A. crede quest'ultimo nell'errore, giacchè più sopra si disse il punto dove avviene l'anastomosi fra linfatici uterini e ovarici; il che implicherebbe che in tali casi dovrebbero essere affetti i

ganglii lombari, il che quasi mai si avvera. L'eventuale influenza del sistema linfatico nella propagazione di forme infiammatorie uterine alla tromba e all'ovaio ha bisogno di ulteriori studii e prove. La mancanza di vicinanza e di contatto fra i linfatici uterini e la tromba non si può al contrario invocare per l'ovaio il cui plesso vedemmo tanto in contatto coi tronchi uterini, che alcuni autori li credevano anastomizzati a livello dell'ilo ovarico; onde si capisce la trasmissione per vicinanza d'infiammazioni purulente, sì che avviene talvolta di vedere l'ovaio trasformato in una sacca marciosa, con una tromba appena rossastra. Ma anche qui si presenta l'obiezione: Se i linfatici uterini sono infettati perchè i ganglii lombari pure non ne risentono, come avviene quasi sempre? Forse che l'affezione ovarica dipende dalla uterina per un'altra rete vasale linfatica quale la peritoneale o quella delle aderenze?

Quello che è certo, conclude l'Autore, si è che, mentre molte forme cliniche ginecologiche furono anatomicamente spiegate nella patogenia e decorso, quali i flemmoni ed ascessi peri-uterini, le adeniti iliache e lombari suppurate e la pelviperitonite, riguardo ad altre forme, come le ovariti suppurate, restiamo ancora nell'incertezza.

MARONI.

Dott. CARLO PALADINI. — **Contributo alla pratica della chirurgia addominale.** Casi operati nel 1889. — Firenze, 1890.

È il rendiconto degli atti operativi endoaddominali praticati dall'A. nell'ospedale di S. Andrea a Spezia durante l'anno 1889. Vi si comprendono fra gli altri 2 ovariotomie, 3 laparotomie esplorative, 1 isterectomia vaginale ed una amputazione utero-ovarica. Tutti gli operati e le operate guarirono eccetto uno in cui la laparotomia esplorativa verificò rottura del colon ascendente e peritonite settica.

Dott. R. POLACCO.

F. PARONA. — **Note statistiche e cliniche sopra 310 operazioni chirurgiche state eseguite nell'Ospedale Maggiore di Novara durante il biennio 1888-89.** — Milano, 1890.

In questo rendiconto si accenna a 35 operazioni intraaddominali e ginecologiche praticate dall'A. Oltre a parecchie amputazioni cervicali, colporafie, occlusioni di fistole, è fatta nota di 15 laparotomie e di 5 operazioni di Alexander. Delle sette

laparotomie eseguite per cisti ovarica è particolarmente interessante il decorso successivo di una, nella quale, la donna, alzandosi da letto in 15ª giornata, fu presa da fenomeni di strozzatura intestinale che durarono 5 giorni, poi « cessarono per incanto alla lavatura dello stomaco, mentre infruttuosi erano riesciti i purganti, l'enteroclisma, l'elettricità e tutte le altre risorse terapeutiche consigliate in simili accidenti. » A questo proposito l'A. fa notare come sia questo il terzo caso di strozzamento intestinale, in cui egli, per inefficacia di altri mezzi, potè colla lavatura dello stomaco salvare l'ammalata. In due altre laparotomie si trattò di cisti dermoide di cui una a contenuto suppurato, in tre altre di ovaro-salpingite suppurata, di cisti renale suppurata, di laparotomia esplorativa ed infine di due raccolte purulente saccate e di una probabile cisti da echinococco. L'operazione di Alexander, praticata cinque volte diede, tolto un caso in cui non si poterono ritrovare i cordoni, a detta dell'A., risultati *in complesso* soddisfacenti. Tutte le operate guarirono.

Dott. R. Polacco.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Febbraio 1891. Num. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DAL LABORATORIO DELL'ISTITUTO CHIRURGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Diretto dal Senatore Prof. Francesco Durante

RICERCHE ISTOLOGICHE E CONSIDERAZIONI CLINICHE
sulle alterazioni della mucosa uterina
NEI TUMORI DELLA MATRICE
e Contributo allo studio dell'origine degli elementi della decidua

(CON DUE TAVOLE IN FOTOTIPIA)

PER IL
Dott. GIACOMO EMILIO CURATULO
Tesi di Libera Docenza in Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Roma.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-3 MAR 91
LIBRARY

(Continuazione, vedi numero precedente).

II.

Non meno interessante ci sembra d'altro lato lo studio delle alterazioni della mucosa dell'utero nei fibromi-miomi, perciocchè con esso varie quistioni, che d'importanza pratica non sono prive si collegano.

Chi di simili tumori ha avuto occasione di osservare un numero notevole di casi, avrà potuto constatare il vario comportarsi della cavità uterina, essendo essa talune volte, che anzi ciò avviene nella maggioranza dei casi, notevolmente ingrandita ed allungata, tal' altra impicciolita ed in altri casi infine, in tal guisa sformata e contorta da riuscire addirittura impossibile l'introduzione di una sonda uterina.

Questo vario comportarsi della cavità dell' utero nei tumori in discorso, trova senza dubbio giusta spiegazione nella diversa sede di sviluppo dei neoplasmi, nella loro precisa ubicazione. Si comprende facilmente invero, come un fibroma dell'utero modificherà in modo diverso

la cavità uterina a seconda che sarà del corpo o del collo, ovvero a seconda che sarà a sviluppo sottoperitoneale, intramurale, sottomucoso o intralegamentoso. Del pari sarà agevole spiegarci, per le medesime ragioni, lo spostarsi in un senso od in un altro dell'utero e talora perfino, in casi di enormi fibromi multipli, le non lievi difficoltà nella ricerca del corpo della matrice.

Le quistioni però, sulle quali l'attenzione nostra deve essere oggi rivolta e che richiedono maggiore luce sono affatto diverse.

L'emorragia, che costituisce il sintoma più culminante dei fibromi uterini, è dovuta a speciale lesione della mucosa?

Nei fibromi dell'utero, presenta la mucosa uterina lesioni tali, da rendere giustificato il timore espresso da alcuni (Max Boetticher ed A. Martin) di una degenerazione maligna, e per conseguenza la necessità di un pronto ed energico intervento operatorio?

Questi sono, in modo generico, i problemi che si sono agitati e che presentemente s'agitano ancora.

Già spetta al Wyder (1) la priorità dell'aver fatto ricerche sullo stato dell'endometrio nei fibromi dell'utero con un lavoro dato alla luce nel 1878. Campe, in verità, fu solo nel 1884 che si occupò dello stesso argomento (2). Ma dopo le ricerche dei menzionati autori non furono completamente dissipati varî dubbi, che solo da nuove ricerche potevano essere eliminati, piuttostochè da accademiche dissertazioni scientifiche.

Io ho praticato l'esame istologico della mucosa uterina in nove casi di fibro-miomi.

Quasi in tutti i casi trattavasi di tumori interstiziali, multipli, e sovente di enorme volume, ad eccezione di due casi di fibromi sottosierosi. La cavità dell'utero si trovò quindi, quasi sempre, sformata, talchè non sempre era agevole a prima vista il ritrovarla.

Per amore di brevità, e perchè il reperto microscopico si presentò nella maggioranza dei casi con caratteri pressochè identici, non l'esporrò caso per caso. In tutti i casi meno che in due, cioè in quei in cui trattavasi di fibromi sottosierosi, si ebbero le note caratteristiche dell'endometrite interstiziale marcatissima là dove la mucosa uterina corrispondeva al neoplasma, mentre che nel resto della cavità, e nella

---

(1) « *Arch. für Gynäkologie.* » Bd. XIII, pag. 35.

(2) « Ueber das Verhalten des Endometrium bei Miomen » *Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk.* Bd. X, pag. 356

parete opposta al punto d'impianto dei fibromi, l'endometrio presentava invece le note dell'endometrite glandulare con compartecipazione del tessuto interstiziale. La superficie libera della mucosa non si presentò mai con delle escrescenze polipiformi e dove essa addossavasi al sottostante tumore le glandule erano quasi scomparse; solo se ne poteva vedere qua e là qualche vestigio strozzato in mezzo da un tessuto connettivale fibrillare, ovvero da numerose cellule rotonde e fusiformi. Nei punti lontani dalla sede dei tumori, come altresì nei casi di fibromi sottosierosi, la mucosa, come si disse, presentavasi invece affetta da endometrite glandulare, non rimanendo indifferente però, il tessuto interglandulare, che anzi esso partecipava costantemente al processo infiammatorio, e mostravasi ricco in cellule rotonde grosse, con uno o più nuclei, a protoplasma torbido e rassomiglianti alle cellule deciduali; tra di esse non mancavano poi elementi rotondi più piccoli simili a cellule linfoidi, ed elementi fusati. Discreto, ma non esagerato numero di vasi. Queste produzioni cellulari ci richiamavano perfettamente alla mente quelle forme riscontrate nelle mucose di uteri affetti da carcinoma del collo e con esse possono identificarsi. Noto inoltre come le glandule non assumevano mai quella forma esageratamente a spirale, descritta come carattere quasi costante dell'endometrio negli uteri carcinomatosi. Il limite tra la mucosa e la muscolare sottostante, nei casi nei quali essa erasi trasformata in tessuto connettivale fibrillare, non era ben netto, confondendosi col tessuto connettivo proveniente dai fasci muscolari della parete uterina.

L'avere noi, nella maggioranza dei casi, riscontrata la mucosa quasi in tutta la superficie affetta da endometrite interstiziale assai intensa, con scomparsa talora delle glandule ed atrofia della mucosa, potrebbe in sulle prime far pensare che le conclusioni, cui le nostre ricerche ci condussero, fossero in contraddizione con quelle del Wyder (1).

All'illustre professor Ceci, che, dopo la Comunicazione da me fatta sotto forma di nota preliminare al Congresso della Società Italiana di Chirurgia, tenutosi a Firenze (2) non è guari, mi onorava col prendere la parola, muovendomi appunto questo dubbio, io posso qui con maggiore agio rispondere, che anzi ne traggo profitto per chiarire un fatto, che è di non poco momento pel soggetto che ci occupa.

---

(1) « Die Mucosa uteri bei Miomen. » *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXIX, H. 1.
(2) Seduta del 2 aprile. Presidenza del prof. Corradi. Vedi *Riforma Medica*, maggio, 1890.

Wyder ha potuto dividere l'esame dei suoi 20 casi in tre categorie, a seconda cioè che si trattava di fibromi sottosierosi, intramurali e sottomucosi. Il risultato delle sue ricerche varia alquanto per ciascuna di queste categorie. Infatti cedo qui volentieri la parola all'esimio osservatore tedesco, traducendo alcuni periodi delle sue conclusioni, perchè non potrei meglio e più brevemente riassumere i risultati cui egli è venuto.

« Quanto più spessa è la parete muscolare (1) che separa un fibromioma dalla cavità uterina, tanto meno, fatta astrazione da una iperemia generale, lo stato circolatorio della mucosa è ostacolato, e tanto più si osserva un notevole lussureggiamento delle glandule senza, o con poca partecipazione, del tessuto interglandulare. Quanto più vicino alla cavità uterina il fibroma (*Bindegewebscentrum*) si trova, tanto più sottile diverrà allora la separante parete e tanto maggiore sarà il lussureggiamento del tessuto interstiziale, che lascia intatti i corpi glandulari, ma che può ancora condurli a *completa scomparsa.* »

Ora nei nostri casi, come sin da principio rilevai, si trattò quasi sempre di tumori interstiziali di enorme volume, e lo spessore della parete uterina che li separava dalla cavità non era mai considerevole, meno che nei due casi di fibromi sottosierosi, menzionati e nei quali, come già si disse, si rinvenne su tutta la superficie della mucosa un'endometrite glandulare, invece della proliferazione rimarchevole del tessuto interstiziale, e completa trasformazione di esso in tessuto connettivale, riscontrata negli altri casi.

Ne consegue quindi, che tenendo presente la speciale ubicazione dei tumori nei casi da noi esaminati, il risultato delle nostre ricerche si trova in perfetta consonanza con quello del Wyder.

Si comprende di leggieri infatti, come la maggiore o minore vicinanza del tumore alla cavità dell'utero, e quindi il maggiore o minore spessore della parete uterina separante quello da questa, debba diversamente influenzare la mucosa. L'addossarsi nel primo caso del neoplasma sulla medesima la distenderà fortemente, ne ostacolerà il circuito sanguigno rendendola atrofica, laddove ciò non accadrà, allor quando esso ne è più o meno lontano. Là si tratta, senza dubbio, di disturbi nutritizî cagionati dall'azione meccanica del fibroma, quì invece di disturbi in-

(1) Loco citato, pag. 34.

fiammatorî prodotti dallo stimolo del tumore, che agisce come corpo estraneo, causando una abnorme condizione d'irrorazione sanguigna in tutto l'organo ed a preferenza nell'endometrio, che sì facilmente ne risente.

Cornil (1) afferma, in un grande numero di endometriti croniche di avere osservato concomitanti miomi uterini. Ma l'insigne anatomo-patologo soggiunge che questi tumori, qualunque sia la loro sede ed il loro volume, anche quando fanno sporgenza nella cavità dell'utero sollevandone la mucosa, non determinano costantemente un'endometrite. Sarebbe invece, secondo lo stesso autore, questa lesione più frequente nei miomi al loro inizio piccoli, ubicati, o nella sostanza uterina, o nella mucosa.

Nelle tre Osservazioni IX, XI e XVI da noi dianzi riportate e nelle quali di unita al cancro della porzione vaginale si riscontrarono vari noduli fibromatosi di piccolo volume (specie nell'Osservazione IX), l'endometrio mostravasi affetto nell'elemento glandulare, con forte partecipazione dello stroma interglandulare, particolarmente in corrispondenza dei noduli fibromatosi, dove esso erasi trasformato in connettivo fibrillare.

Paul Petit (2) asserisce che l'endometrite nei miomi assume ordinariamente la forma iperplastica: egli cita un caso osservato, nel quale la mucosa era spessa cm. 1 1[2, le glandule in piccolo numero poco sviluppate, e l'ipertrofia era specialmente notevole nel tessuto interstiziale. L'emorragie, che dopo il raschiamento parvero diminuire, dopo il secondo mese invece ricomparvero. Rammenta egli in proposito, il caso menzionato da Cornil e curato da Pean, nel quale erasi fatto, due mesi prima dell'isterectomia, il raschiamento uterino, ed in cui la mucosa, dopo questa seconda operazione, si rinvenne « ineguale, con lussureggiamenti e presentante da per tutto al microscopio le lesioni dell'endometrite cronica. » L'importanza assegnata da Cornil a questo caso, come quello che dimostrerebbe che la mucosa uterina infiammata ritorna a lussureggiare con i caratteri dell'endometrite dopo il *curettage*, è combattuta da Petit, il quale coll'appoggio del Walton, Coe ed altri sostiene che il raschiamento basta sovente ad arrestare per lungo tempo le perdite profuse di sangue, che si hanno nei fibromi e la sua inutilità deve

(1) Opera citata, pag. 67.

(2) *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.* Mars 1890, pag. 145.

per lo stesso autore solo addebitarsi alla forma istologica della infiammazione, alla sede ed al numero dei tumori.

Per quanto a vero dire troppo assoluta possa sembrare la conclusione che Cornil da quel caso vorrebbe trarre per gli effetti del raschiamento *in genere,* noi da canto nostro però, non dissentiamo da lui nel ritenere che ben poco, se non niuno, beneficio possiamo attenderci da quest'atto operativo nei fibro-miomi. Comprendiamo infatti, come esso possa riuscire utile in quelle lesioni dell'endometrio pure e semplici, che, come accennai in principio del presente lavoro, non si associano a deviazioni della matrice, o a lesioni degli annessi; ma non ci pare logico nel caso dei fibro-miomi, checchè ne pensino i mentovati autori ed in un recentissimo lavoro il Runge (1), come nei casi or ora accennati di deviazione dell'asse uterino, il pensare che esso possa riuscire utile, o almeno di un benefico effetto alquanto duraturo. È chiaro che la nuova mucosa, dovendo per necessità di cose, riprodursi sotto quelle medesime condizioni, che erano valse ad ammalarla, porti con sè quelle alterazioni nella sua intima tessitura, alle quali si addebitano le emorragie. Permanendo la causa, è logico che debbano persistere gli effetti.

Che se poi noi dovessimo dire quali tra i mezzi palliativi nel combattere l'emorragie dei fibromi riteniamo superiori al *curettage* semplice, non esiteremmo, *caeteris paribus*, a designare le iniezioni di liquidi caustici nella cavità dell' utero, che al raschiamento si fanno seguire, e le quali sebbene non vadano prive di non lievi pericoli, pure hanno un' azione più energica ed adeguata sulla mucosa uterina, alterandone il tessuto, e favorendo lo sviluppo di un tessuto connettivale cicatriziale. Del pari, in casi di fibromi situati nella porzione inferiore dell' utero preferiremmo, ove altri mezzi non volessero porsi in opera, il processo raccomandato dal Baker-Brown, che stando a quanto ne afferma questo autore ed ai risultati avuti nella clinica del Chiarissimo prof. Morisani, riesce di grande utilità. Sembrerebbe infatti, in causa della discissione bilaterale del collo, la mucosa doversi ritrarre in alto e per un certo tempo cesserebbero le emorragie, le quali erano dovute alle congestioni collaterali, prodotte dalla tensione rimarchevole della mucosa ricoprente il tumore.

Infine non è fuor di luogo l'accennare, come a tutti questi mezzi

---

(1) *Arch. f. Gynäck.* H. III, 1890.

non operatorî, preferiremmo il trattamento mercè l'elettrolisi proposto dall'Apostoli, metodo questo i cui vantaggi sono dalla maggior parte dei ginecologi oggidì altamente apprezzati, non tanto come mezzo palliativo, ma come mezzo curativo. « Io mi riterrei, dice l'illustre laparotomista inglese, il Keith, colpevole di un'azione criminale, se da ora innanzi consigliassi ad una inferma di correre il pericolo di esporre la propria vita cogli antichi metodi operatori, prima di essere stata sottoposta al nuovo trattamento del dott. Apostoli. » (1).

Ma ritornando un po' sui nostri passi, ci facciamo la dimanda, se dalle alterazioni riscontrate nell'endometrio possiamo darci spiegazione sufficiente delle emorragie, che si hanno nei fibro-miomi.

Giustamente nella maggioranza dei Trattati di ginecologia si afferma che nei fibro-miomi uterini le emorragie sono tanto più abbondanti, quanto più essi si avvicinano alla cavità dell'utero. Così i fibromi interstiziali ed i sottomucosi producono perdite più significanti, che non i sottosierosi, e questo indubbiamente si deve non a lesioni reali della mucosa, come diremo, sibbene all'ostacolo al circolo sanguigno, e quindi a fenomeni di stasi che ne derivano, più intensi in quelli, che non nei fibromi sottoperitoneali, quantunque non manchino dei casi nei quali anco in questi ultimi, essendo fortemente inceppata l'irrorazione sanguigna in tutto il viscere, si producano delle emorragie imponenti.

Ed in verità le lesioni, che nella mucosa di uteri affetti da fibromi si rinvengono, sono insufficienti a spiegarci da sole le gravi emorragie che in questi casi si osservano, e crediamo che è all'inceppo circolatorio prodotto dal tumore e che si manifesta con fenomeni di stasi nei capillari dell'endometrio, che si deve precipuamente addebitare questo sintoma culminante dei fibromi uterini. Senza dubbio vi hanno dei casi di emorragie imponenti e mortali, prodotte da rottura dei vasi stessi del tumore, o degli spazi ripieni di sangue, delle lacune sanguigne: ciò deve accadere in ispecie, in quella categoria di fibromi interstiziali molto grossi, così ricchi di vasi da formare, al dire dello Schroeder (2), un tessuto cavernoso paragonabile alla località dell'utero, dove s'inserisce la placenta sul finire della gravidanza. È quella forma di fibromi che è stata designata dal Virchow (3) sotto il nome di *mioma telangiectodes s. cavernosum*,

---

(1) *British Medical Journal*, 10 dicembre 1887.
(2) SCHROEDER. « Malattie degli organi sessuali della donna, » pag. 191-92,
(3) VIRCHOW. « Geschwülste, 3. » Vol. I H, pag. 107 ecc.

e ad essi, secondo lo stesso autore, debbono ascriversi i casi di alternata tumefazione e detumefazione, prodotta dal maggiore o minore contenuto sanguigno, dalla contrazione o dal rilasciamento delle fibre muscolari che li compongono. Ma questi casi sono di una frequenza non molto rimarchevole. Klob (1), in seguito a frattura del bacino, osservò emorragia grave dai vasi sinuosi che circondavano un mioma uterino. Matthews Duncan (2) osservò una emorragia mortale per lacerazione di un seno venoso e Cruveilhier (3) descrive un caso simile, nel quale l'emorragia proveniva dall'apertura di un seno uterino nella parte inferiore del tumore.

Astrazion fatta di questi casi, dei quali qualche esempio ho rilevato dall'Opera del Gusserow, negli altri però, giova il ripeterlo, le emorragie sarebbero per noi date piuttosto dalla stasi nei piccoli vasi della mucosa, anzichè da alterazioni vere e reali dell'endometrio. Per quanto infatti sia noto, come alterazioni della mucosa uterina, simili a quelle che nei fibro-miomi si riscontrano, possono cagionare delle emorragie, pure queste giammai sono così profuse, così intense, da ridurre le inferme in quello stato di anemia profonda, che accade riscontrare quasi sempre neile donne affette da simili tumori. E noi vogliamo qui fermarci alquanto per chiarire meglio il nostro concetto, il quale non si accorda completamente con quello espresso dal Wyder nel suo lavoro citato. Se noi infatti, non dissentiamo da lui nel fatto ultimo che è causa della perdita sanguigna, cioè nella stasi, nonchè nel ritrovato microscopico delle mucose, però non conveniamo coll'esimio ricercatore alemanno nell'addebitare e nel localizzare soltanto nella mucosa uterina o nelle alterazioni della medesima le cause della stasi.

Nell'endometrio, è vero, vi hanno delle condizioni anatomiche (come la speciale già mentovata irrorazione di esso, fatta da numerose arterie e da un numero relativamente povero di vene) che contribuiscono ad aumentare la congestione venosa ed a renderla duratura, altre poi se ne aggiungono per le condizioni speciali della mucosa alterata dai fibromiomi; ma tutto questo sarebbe sempre poco per poterci dare sufficiente spiegazione delle emorragie profuse e quasi continue che riducono le povere inferme ad un grado di anemia sì rimarchevole. Questo noi tanto più sosteniamo, in quanto che nei nostri esami ed ancora in

(1) *Patholog. Anatom. der weibl. Sex.* Wien. 1864.

(2) *Edimburg Med. Journ.* Genn. e febbr. 1867.

(3) « Traité d'Anatomie patholog. » III, 677, citato da Duncan.

quelli del Wyder praticati, non si rinvenne nella mucosa uno sviluppo vasale considerevolissimo e tale da giustificare esso solo la causa della perdita di sangue.

Wyder afferma (1) che un'endometrite sino a che affetta sostanzialmente le glandule, lasciando intatto il tessuto interglandulare, o moderatamente leso, non cagiona emorragia. *Die Drüsen bluten ja nicht!* (Le glandule non sanguinano!) Ma se tanto le une che l'altro, cioè il tessuto interglandulare, soggiunge, di unita ai vasi lussureggiano (endometrite fungosa di Olshausen), ovvero se glandule e tessuto interglandulare eccessivamente proliferano, o se infine vicino ad un' endometrite glandulare da un lato esiste una intensa endometrite interstiziale dall'altro, si hanno allora emorragie.

Le emorragie adunque, secondo quanto poi in seguito lo stesso autore afferma, avvengono in tutti i casi per la compressione cagionata da una delle parti costituenti la mucosa uterina e lussureggiante sui piccoli vasi della medesima. E per la ricchezza in questa di vasi arteriosi a pareti spesse, e povertà di vene, ad una compressione uguale deve necessariamente, continua il Wyder (poichè le arterie sono meno compressibili delle vene) prodursi una iperemia capillare venosa, che produce l'emorragia.

Ma mi sia lecito il domandare: è davvero necessario nel caso dei fibro-miomi per ispiegarci la stasi della mucosa, ricorrere a queste cause, che potrebbero essere, è vero, valevoli per le emorragie nelle endometriti in genere, ma che nel caso nostro hanno un' importanza secondaria? Bisogna proprio ricorrere alla compressione prodotta dal tessuto interglandulare, o da esso e dalle glandule proliferanti insieme sui vasi della mucosa per darci ragione della stasi che v'ha nella medesima, quando abbiamo localizzati nello stesso viscere tumori di vario numero e volume, che debbono necessariamente inceppare in modo notevole la circolazione in un organo così ricco di vasi, quale è l' utero, ed i cui effetti debbono necessariamente rendersi più manifesti nell'endometrio? Noi in verità non lo crediamo.

Che una stasi, anco passeggiera, possa produrre delle emorragie senza che vi siano nella mucosa uterina gravi alterazioni, non può negarsi: ne abbiamo costantemente una prova nel periodo menstruale. La con-

---

(1) Loco citato. *Arch. f. Gyn.*, pag. 38.

gestione che in tutto l'organo si produce nel momento delle scoppio del follicolo di Graaf per un'azione riflessa ancora abbastanza oscura, e che per alcuni sembrerebbe essere cagionata dalla distensione delle pareti del follicolo medesimo (donde per essi un nesso intimo tra ovulazione e menstruazione, nesso che ora da taluni, come dal Paladino, non viene interamente riconosciuto) si riflette in modo esagerato sull'endometrio, ove per le condizioni speciali di struttura, per la friabilità maggiore delle pareti vasali, avvengono l' emorragie mestruali. E questa causa di congestione, questo inceppo permanente al circolo sanguigno, non lo ritroviamo forse nei tumori stessi nel caso di uteri affetti da mio-fibromi? Ciò però non significa che si debbano completamente trascurare, le lesioni della mucosa, poichè queste possono anche da parte loro contribuire ad aumentare la stasi, in ispecie quando, come nei casi di tumore comprimenti direttamente la mucosa, questa erasi resa atrofica; perocchè allora la stasi collaterale, per la mancata irrorazione sanguigna in una buona parte dell'endometrio, sarà aumentata, e l'emorragia in massima parte, se non completamente, avverrà da quella porzione di mucosa che non corrisponde al fibro-mioma, ma che è ad esso opposta, e che lungi dall' essere atrofica presenta le note caratteristiche dell'endometrite interstiziale con partecipazione dell' elemento glandulare.

Che questa stasi collaterale, infine, alla quale attribuiamo grandissima importanza come causa delle gravi perdite sanguigne, possa essere talvolta veramente significante, anche in organi all'utero vicini, lo rileviamo ancora dalla classica Opera del Gusserow (1) e da quanto Cruveilhier (2) e Rokitansky dal medesimo citati, ci riferiscono. Degno di nota è sopra tutti il caso di Rokitansky, in cui si ebbe un' emorragia mortale per la lacerazione di una vena della mucosa vescicale, resa varicosa e dilatata da un fibroma uterino.

Relitivamente alla tesi dal Max Boetticher (3) e dal Martin (4), sostenuta, cioè sulla predisposizione della mucosa uterina nei fibro-miomi

---

(1) Loco citato, pag. 665.

(2) « Traité d'Anatomie path. » III, pag. 677.

(3) « Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Fibromyom u. Carcinom am Uterus. » Berliner Dissertation vom 21 marz 1884.

(4) « Ueber Myomotomie Verhandlungen der gynäk. » Section der 57 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Magdeburg. *Archiv f. Gynäk.*, Bd. XXV, S. 147.

a degenerare in alterazione maligna e quindi sulla necessità proclamata da quest'ultimo autore d'intervenire al più presto colla miomectomia, nulla dai nostri preparati potemmo rilevare che in qualche guisa potesse avvalorarla. Così mentre l'elemento glandulare che nell'endometrio di uteri affetti da carcinoma della porzione vaginale, eccessivamente proliferante, ci lasciava gravi dubbi e noi ritenemmo quindi quelle alterazioni riscontrate sotto un punto di vista diverso da quello dell'Abel e dal Landau, come non indifferenti; qui invece nulla si aveva che potesse sembrare il punto di partenza di un carcinoma, o di una sarcoma, nè ritrovammo altrove i segni di esso. Rara è infatti, la degenerazione del fibroma in carcinoma: al dire dello Schroeder (1) in tutta la letteratura esiste solo un caso raccolto da Klob (2), e nel quale in un fibroma si sviluppò un cancro primario.

III.

Io vengo ora all'ultima parte del mio lavoro, a parlare cioè dell'origine delle cellule deciduali, quistione che più che al ginecologo, all'ostetrico ed all'embriologo da vicino riguarda.

Lo studio della struttura della caduca, ed in particolar guisa dell'origine degli elementi che la costituiscono, occupò già da gran tempo la mente d'insigni anatomici ed embriologi. Dall'Opera grandiosa di W. Hunter (3), nella quale, come ne fanno fede tutti gli scrittori di quest'argomento, si trovano figure veramente fedeli ed esatte sullo sviluppo della decidua, da quell'Opera, pubblicata nel 1774, sino ai nostri giorni, numerose e pregevolissime pubblicazioni sono state fatte ed in Italia specialmente, è grato il ricordarlo, ricerche veramente originali videro la luce. Prime tra tutte vanno rammentate quelle classiche dell'Ercolani (4), le quali resteranno, come ben scrive il Chiar. prof. Ti-

---

(1) Schroeder. « Malattie degli organi sessuali della donna, » pag. 195.

(2) « Patholog. Anat. der Weib-sex. org. » 1864.

(3) W. Hunter. « Anatomia uteri humani gravidi. » Tab. illustr. Birminghamiæ, 1874.

(4) Ercolani. « Delle glandule otricolari dell'utero. » Bologna, 1868. — « Sul precesso formativo la porzione materna della placenta. » Mem. dell'Acc. di Bologna, 1871. — « Sulle malattie della placenta. » Bologna, 1871. — « Sulla gravidanza estrauterina. » Mem. dell'Accad. di Bologna, 1878. — » Sulla unità del tipo anatomico della placenta. » Bologna, 1877. — « Nuove ricerche sulla placenta. » Mem. dell'Accad. di Bologna, 1879.

bone, nelle sue note all'opera dello Schroeder, in ogni tempo quale nuova illustrazione di una scuola anatomica italiana già resa insigne da altri celebri, come Fabricio di Acquapendente, Eustachio, Malpighi ed altri.

Malgrado però sì numerose pubblicazioni, il problema della provenienza della cellula deciduale è lungi dall'essere completamente risoluto, che anzi occupa tuttavia la mente di esperti ricercatori. Potrebbe sembrare perciò, impresa troppo ardua, poco modesta la nostra di volerne tentare la soluzione, di stabilire l'accordo tra tante discrepanze.

Ma nessuno sconosce invero, come sovente l'osservazione e lo studio di processi patologici apporti valevole aiuto per lo studio e per la esatta interpretazione di quei processi fisiologici, sui quali ancora l'accordo completo non si è fatto, e come talvolta ci porgano essi il filo di Arianna per la soluzione degli stessi. Epperò non sembrerà strano, se partendo da ricerche ed osservazioni di fatti morbosi, io intenda valermene per portare un contributo allo studio di un processo fisiologico, sulla provenienza di taluni elementi, che se nella gestazione trovano il loro più perfetto e consueto riscontro, non è esatto però, il farne dello stato gravidico soltanto l'elemento caratteristico.

Natura non facit saltum!

Allorquando esposi il reperto istologico dell'endometrio nel cancro della porzione vaginale, e m'intrattenni un po' a lungo di quegli elementi cellulari, la cui forma venne descritta, e che costituivano lo stroma interglandulare, combattendo allora l'assunto di trattarsi di sarcoma, come erasi, sostenuto in Germania da Abel e Landau, scrivevo come, secondo noi, questi elementi cellulari avessero una origine comune a quella delle cellule deciduali. Essi infatti, riscontrati eziandio in alcune forme di endometriti, nella interstiziale specialmente e nella mucosa di uteri affetti da fibro-miomi, per la loro forma e per la loro disposizione ripetono assai bene gli elementi della caduca. Era ben naturale quindi, che ciò dovesse indurmi ad indagarne la provenienza, a studiarne l'origine, onde in tal guisa dedurne indirettamente qualche vantaggio per la interpretazione del processo fisiologico.

Sembra a noi infatti, che il tempo sia ormai maturo per venire alla soluzione del quesito sì lungamente dibattuto e per conciliare le opinioni di coloro che, in ispecie in questi ultimi tempi, hanno su questo argomento fermata la loro attenzione.

Leggendo tutte le pubblicazioni e le ricerche fatte sino ad oggi sulla decidua, si può constatare come gli sforzi dei vari ricercatori furono diretti in varia epoca a due ordini di idee diverse. Gli uni, dai fratelli Hunter ad Ercolani tendono a stabilire infatti, ciò che per decidua nel seno anatomico e fisiologico deve intendersi; gli altri dallo stesso Ercolani a Turner, Leopold, Waldeyer, Romiti, Tafani, Paladino (1), ed a Luzi, tendono a precisare la provenienza degli elementi che la costituiscono.

È prezzo dell'opera fare una rapida rassegna di tutte queste teorie e di tante opinioni, senza di che una seria discussione, sull'argomento che ci occupa, tornerebbe difficile ed incompleta.

I fratelli Hunter (2), e specialmente di essi John Hunter, opinarono che la decidua fosse costituita da linfa secreta dall'utero e coagulata. Questa teoria venne facilmente diffusa, e si credette infatti, che l'ovulo discendendo per l'ovidutto, trovando l'orifizio uterino di questo occluso da quella piccola membranella formata dalla linfa coagulata, la spingesse in avanti e da essa venisse rivestito mano mano che si sviluppava. Fu a questa porzione di caduca rivestente l'ovulo, che si diede il nome di *reflessa* (*caduca ovulare* dei moderni), mentre che a quella porzione, la quale veniva per essi a formarsi più tardi tra ovulo e la parete uterina, e dove si formerebbero in seguito le villosità coriali, si diede il nome di *caduca serotina;* essa corrisponde alla *caduca interutero-placentare* dei moderni. Per *caduca parietale* o *vera* invece s'intese tutta quella porzione di linfa coagulata, che tappezzava tutto il rimanente della cavità dell'utero.

La teoria espressa da John e William Hunter, sostenuta poi da Carus (3) venne in seguito agli studi di E. H. Weber (4), Sharpey (5), Coste (6) e Kölliker (7) abbandonata. Weber e Sharpey videro che nella

---

(1) Gli studi di Paladino veramente più che all'origine degli elementi deciduali sono diretti a dimostrare la funzione della decidua (veggasi in seguito).

(2) Opera citata.

(3) CARUS. « Fur Lehre von Scwangerschaft. » Leipzig, 1824.

(4) WEBER. « Fusätze zur Sehre von Bau u. v. d. Ver. der. Geschelchtsorgane in Abb. der kön. sächs. » Akad., 1846.

(5) Traduzione inglese del libro « Müller's Phisiologie » citato dal Prof. Tibone nelle annotazioni al Manuale di Ostetricia di Schroeder.

(6) COSTE. « Origine de la caduque. Ac. de Scien. » Paris. Juillot. 1842.

(7) KÖLLIKER. « Histologie. » Paris, 1856.

caduca riflessa nei primi tempi della gestazione esistevano eguali orifizi glandulari che nella *vera*, ed opinarono quindi, che anch'essa fosse formata dalla mucosa uterina. Messa perciò da parte la teoria degli Hunter e di Carus, Sharpey sostenne che l'ovicino si annidava in una ripiegatura della mucosa uterina inturgidita, e che da essa poi veniva ad essere completamente imprigionato (1). I lavori di Coste poi confermarono pienamente questa opinione, la quale è oggidì universalmente accettata.

Leggendo un lavoro di Gottschalk (2) sull'esame istologico di un utero gravido alla 5.ª settimana, estirpato durante vita per carcinoma della porzione vaginale, ho rilevato come questo autore non abbia ritrovato nella *riflessa* alcun vestigio glandulare, la qual cosa egli spiegherebbe o ammettendo che le glandule non contribuiscono punto alla formazione della *riflessa*, ovvero, cosa più ragionevole, che alla 5.ª settimana esse siano di già scomparse.

Velpeau (3), Burdach (4), ed Oken ritennero invece la decidua una essudazione simile alle false membrane, che si formano nelle infiammazioni, e Brechet (5) ebbe a constatarvi l'esistenza di vasi sanguigni. Robin (6) sostenne in seguito con insistenza la teoria già da Baer (7) esposta, e secondo la quale la decidua veniva considerata siccome un essudato che si univa alla mucosa uterina.

La opinione intanto, che la decidua dovesse considerarsi come la mucosa profondamente modificata, sostenuta da Coste e da Robin, avvalorata dai pregevolissimi lavori di Friedländer (8), Kundrat, Engelmann (9) e Leopold (10), generalizzata specialmente da Kölliker (11),

---

(1) WINCHEL. « (Lehrbuch der Geburtshülfe » pag. 24) nel suo recente trattato sostiene che questo processo d'*imprigionamento* si protrae per 12-14 giorni dalla caduta dell'ovulo nell'utero.

(2) GOTTSCHALK. «Ein Uterus gravidus aus der fünften Woche, der Lebenden entnommen. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXIX., H. 3., 1887., pag. 502.

(3) VELPEAU. « Embriologie et ovologie humaines. » Paris, 1832.

(4) BURDACH. « Traité de Physiologie. » Tom. III. Paris, 1833.

(5) BRECHET. « Études sur l'anatomie et la physiologie de l'oeuf humain. » Mem. de l'Ac. de Med. Vol. II. Paris, 1833.

(6) ROBIN. « Mém. sur la muqueuse uterine. » Mem. de l'Ac. de Méd. Vol. II. Paris, 1833.

(7) BAER. « Untersuchungen über die Gefaesseverbindungen Zwischen Mutter und Frucht in den Saugethieren. » Könisberg, 1828.

(8) « Physiologish Anatomish Untersuchungen über den Uterus. » Leipzig, 1870.

(9) « Untersuch. über die Uterusschleimhaut. » Wien, 1875.

(10) *Arch. f. Gyn.*, 1877. Bd. XI pag. 443.

(11) Entw. 1879. pag. 320.

veniva da Ercolani (1) combattuta. Dopo numerose ricerche fatte su vari animali l'illustre anatomico venne alla conclusione doversi la decidua riguardare come un vero neoplasma, uua vera neoformazione fisiologica, che si forma nell'utero gravido. La nuova teoria del professore di Bologna fu abbracciata dal Romiti (2) e dal Turner (3) e sostenuta da essi con nuove pubblicazioni. Nullameno però, dessa non ebbe mai dagli ulteriori autori, anco i più ragguardevoli, grande simpatia, e vediamo come nei più recenti Trattati di Ostetricia, quale nell'ultima edizione di quello dello Charpentier (4) considerare la decidua siccome una modificazione profonda della mucosa dell'utero, e non come vera neoformazione.

Stabilito dall'Ercolani il fatto di doversi considerare la decidua come una vera neoformazione, fermo restando per altri insigni anatomici ed embriologi il concetto di riguardarla invece come una profonda modificazione della mucosa, surse tra i vari ricercatori un altro quesito che li divise in vari gruppi e che li tiene ancora discordi; quale l'origine, quale la provenienza degli elementi della decidua?

L'Ercolani (5) ritenne in principio che gli elementi della decidua prevenissero dal connettivo, che rimaneva scoperto per la caduta dell'epitelio dopo il concepimento. A lui si univano il Romiti (6), che avea studiata la decidua nelle coniglie, nonchè Kundrat ed Engelmann.

Waldeyer (7) in seguito però, fece originare le cellule deciduali dalle pareti vasali: anzi egli ritenne le cellule deciduali simili a quelle cellule, che secondo lui si riscontrerebbero in una certa qualità di tessuto connettivo, nel corpo luteo, nelle capsule subrenali, nel connettivo interstiziale del testicolo, cellule che egli chiama *plasmatiche*. Ercolani e Romiti, forti della opinione del Waldeyer, ed in seguito a nuove ricerche, abbandonarono la loro prima idea e si unirono all'insigne anatomico tedesco ed al Turner per sostenere la origine degli elementi

---

(1) Opere citate.

(2) Romiti. « Sulla struttura e sviluppo della placenta. » *Riv. clin. di Bologna,* 1873.

(3) Turner. « On the placentation of Apes. (Phy. Trans. 1878) ed On the cotyledonary and diffused placenta of Mexican deer. *Journ. of Anat. and Phy.* T. XIII. 1879.

(4) Charpentier. « Traité pratique des Accouchements. » Paris, 1890.

(5) Ercolani. « Delle glandule otricolari. » Bologna, 1867.

(6) Loco citato.

(7) *Arch. f. mikr. Anatomie.* Vol. II pag. 176.

deciduali dalle pareti vasali, le cui cellule secondo Ercolani si moltiplicherebbero per scissione.

Leopold (1), Friedländer (2), Minot (3), Winckel (4) e Lombardini li fanno prevenire dagli elementi connettivi preesistenti nella mucosa, Overbach dall'epitelio, Tafani (5) dalle pareti vasali.

Il Prof. Paladino (6) ha studiato in questi ultimi tempi lo sviluppo della decidua nel gruppo dei roditori a foglietti invertiti; ma egli ha diretto la sua attenzione più sulla funzione cui è destinata la decidua, anzichè sulla provenienza degli elementi che la costituiscono. Secondo l'insigne Professore di Napoli, la decidua avrebbe per iscopo di sostituire *la riserva del vitello nutritivo, che manca nell'uovo dei mammiferi,* sarebbe essa un organo transitorio *ematogenetico* ed *angioblastico* da servire *qual primo complesso nutrimento* per l'embrione. Egli infatti, ammette uno stadio preparatorio della mucosa uterina, caratterizzato da accumulo di elementi linfoidi e da sfaldamento parziale dell'epitelio, la formazione cioè di una *decidua calori o menstruale.* Questi elementi accumulati andrebbero incontro a degenerazione grassa se la fecondazione non ha luogo, e nel caso contrario, essi crescerebbero di dimensione e di numero per un processo di cariocinesi tipica, contribuendo alla formazione di nuovi vasi e di nuovo sangue. Riguardo alla provenienza degli elementi della caduca il Prof. Paladino, pur ammettendo che essi possono provenire o per moltiplicazione degli elementi connettivali del luogo, o per quella degli elementi perivascolari, ovvero per una vivace immigrazione, tenendo però conto della notevole iperemia funzionale uterina, ritiene più probabile quest'ultima sorgente.

Crighton studiando sulle cavie, Masquilier e Swann sulle coniglie e Doléris (7) sulla caduca delle prime settimane della specie umana hanno confermata la opinione del Paladino, ritenendo che quel nuovo

---

(1) Loco citato.

(2) Op. cit.

(3) MINOT. « Uterus and Embryo » Boston, 1889.

(4) Loc. cit.

(5) TAFANI. « Sulle condizioni utero placentali della vita fetale. « Annali del Regio Istituto sup. di Firenze, 1886.

(6) PALADINO. « Dei primi rapporti tra l'embrione e l'utero in alcuni mammiferi » *Giornale dell'Assoc. dei Naturalisti* di Napoli, 1889, puntata I e II.

(7) Citati nell'Opera dello Charpentier: « Traité prat. des Accouch. » T. I, pag. 207.

lavorio che si osserva nella mucosa uterina, avvenuto il concepimento, è destinato a creare un sistema nuovo d'irrorazione, trasformandosi cioè, le cellule giganti in cellule vasoformative ed il loro protoplasma, ridotto ad una sostanza nucleare speciale, costituendo i corpuscoli elementari del sangue.

Luzi (1) ha potuto nel laboratorio di Anatomia Comparata di Roma, diretto dal Chiar. prof. Gasco, seguire la formazione della decidua fin dai suoi primi stadii, nella cagna, nella gatta, nella lepre, nella coniglia, nella cavia e nel riccio. I suoi studi accurati e pazienti lo farebbero venire alla conclusione di una origine doppia degli elementi deciduali, cioè una parte dal connettivo intermuscolare, ed un'altra dai leucociti, che egli ha veduto attraversare i vasi sanguigni. Il Luzi nega la possibile provenienza dalle pareti vasali sostenuta da Waldeyer, Ercolani e Romiti.

Finalmente accennerò come in questi ultimi tempi il prof. Romiti (2) abbia abbracciata l'idea di una origine complessa degli elementi deciduali, sostenendo però, contrariamente al Luzi, che non l'ammette, un eguale potere anco alle pareti dei vasi.

Non ho pretensione di avere minutamente esposto tutta la letteratura che si riferisce sull'importante quistione, che ci occupa; ma da questa rapida e quasi completa rassegna si potrà con certezza formarsi un'idea esatta delle varie fasi attraverso le quali essa è passata e desumere il disaccordo esistito e tutt'ora non dissipato. Ora se noi riflettiamo serenamente su tanta controversa origine degli elementi cellulari della decidua, se ne indaghiamo le cause possibili, che hanno grandemente influito a ritardarne la soluzione, se infine teniamo in conto quanto negli stati patologici dell'endometrio avviene, ci appare cosa non molto difficile il potere stabilire un accordo ed il formarci un concetto adeguato della quistione.

Allorquando Ercolani (3) colle sue menzionate ricerche stabiliva doversi riguardare la decidua siccome un vero neoplasma, come una neoformazione fisiologica nell'utero gravido, la sua idea veniva, così

---

(1) Luzi. « Sulla provenienza degli elementi cellulari della decidua. » *Bollettino della Soc. dei Naturalisti* di Napoli. Fasc. I, 1889.

(2) Romiti. « Sull'anatomia dell'utero gravido. » *Monitore Zoologico Italiano.* N. 1, 1890.

(3) Ercolani. Loco citato.

annunciata, a ritardare alquanto la soluzione del quesito sulla provenienza degli elementi della decidua.

Bisognava evidentemente definire con maggiore esattezza il concetto di questa neoformazione, tenere presenti le cause che davano origine ad essa, e quel che è più, bisognava, ci sembra, accertare il fatto se trattavasi di una distruzione completa della mucosa uterina, al cui posto veniva a formarsi la caduca, cioè di una vera neoplasia, ovvero se non trattavasi piuttosto di una modificazione di detta mucosa.

Gli studi accurati del Friedländer, del Leopold, del Kolliker e di altri, avvalorati dalla opinione autorevole del Wyder e dello Charpentier, dimostrano come in verità non abbiamo durante la gestazione una distruzione della mucosa uterina. Possiamo parlare di modificazioni più o meno profonde negli elementi che la costituiscono, glandule e connettivo; ma giammai di scomparsa completa e distruzione degli stessi.

Ma prima di procedere oltre nella disamina della quistione è opportuno richiamare alla memoria con maggiore esattezza la forma e la disposizione di quegli elementi, che nelle mucose da noi studiate e sì frequentemente osservate, riproducono alla mente gli elementi della decidua. La osservazione infatti, numerose volte ripetuta, ci mostrò la mucosa, se non in modo assolutamente identica, certo assai simile alla decidua vera della gravidanza.

Nei nostri preparati come in quelli della caduca, noi possiamo considerare due strati: nel 1.° Tav. I, *A.*, che corrisponderebbe alla *zona cellularum* della decidua, osserviamo elementi cellulari abbondantissimi, di forma ora arrotondita, ora poliedrica, ora infine epitelioide. Il protoplasma torbido racchiude uno o più nuclei, e sparsi poi in mezzo a questi elementi notansi dei piccoli elementi simili in tutto agli elementi linfoidi. Questa zona è attraversata da un discreto numero di vasi attorno ai quali nelle sezioni trasversali e lungo le loro pareti, in quelle longitudinali, notansi numerosi ammassi di corpuscoli bianchi e di elementi simili ai deciduali.

In questo strato si vede altresì l'estremità di sbocco delle glandule uterine, la quale talvolta veniva ad esser compressa notevolmente ed anco per un certo tratto tutto il lume della glandula dallo sviluppo cellulare circostante veniva fortemente rimpicciolito. La sostanza intercellulare è costituita da una sostanza amorfa, o finamente fibrillare. Nel 2.° strato, Tav. I, *B.*, che corrisponderebbe allo strato glandulare della de-

cidua (*zona glandularum*) abbiamo che gli elementi cellulari assumono la forma più o meno fusata; tra di essi non mancano però, elementi rotondi piccoli, e seguendo questi ultimi attentamente nella tunica muscolare uterina appare come essi provengono dal connettivo, che limita i piccoli fasci muscolari. Gran parte degli elementi fusati che in questo strato si osservano, sono evidentemente per la loro forma e per quella allungata del loro nucleo fibro-cellule muscolari sezionate, che per la intrigatissima struttura delle fibre muscolari uterine dello strato sottomucoso, menzionata altrove danno vario aspetto alla superficie di sezione; altri però, sono fibro-cellule proliferate e su ciò ritorneremo. In questo secondo strato troviamo maggiormente sviluppate le glandule e talvolta in molti preparati si poteva assai bene osservare quasi quel largo tessuto alveolare, o trabecolare, racchiudente delle cavità, che perfettamente accade osservare nella decidua, come si rileva dalla descrizione e dalla figura che ce ne dà Friedländer (1) e con lui Leopold (2), Langhans (3), Wyder.

La descrizione dei nostri reperti, che vedesi riprodotta dalla Tav. I e II, non si vorrà certamente da noi sostenere in tutto e per tutto ripetere la struttura della decidua. Evidentemente questo non possiamo aspettarcelo: le condizioni della mucosa uterina, ad uovo svolgentesi, sono ben differenti da quelle dell'utero vuoto; quì infatti, non abbiamo come in quello, gli effetti della compressione che l'ovulo, mano mano che si svolge, esercita sulla mucosa già profondamente modificata pel fatto del concepimento, onde non possiamo attenderci nei nostri casi, da parte specialmente del sistema glandulare, quelle modificazioni, che nella decidua avvengono pel fatto di questa compressione. Abbiamo però, qui solo gli effetti dell'aumentata irrorazione sanguigna, vuoi per l'esistenza di tumori in punti più o meno lontani, vuoi per processi infiammatori dell'endometrio stesso. A noi sopratutto importa il far rilevare come nelle linee generali ed in ispecie nelle modificazioni del tessuto interglandulare, le alterazioni che nelle mucose da noi studiate si riscontrarono per nulla differiscono da quelle che si constatano nell'endo-

(1) Loco citato.

(2) Loco citato, pag. 449.

(3) Tafeln f. d. gynäk. Unter. Taf. VIII.

metrio dell'utero gravido, epperò come il processo fisiologico sì da vicino tocca il processo patologico.

Su questa grande affinità io desidero infatti, di soffermarmi alquanto, perocchè lo studio della causa anatomico-fisiologica che ambo i processi, normale e patologico, produce, può tornare utile non tanto per rendere questa affinità ancora più giustificata; ma può ancora illuminarci sulla provenienza di quegli elementi che in essi ugualmente si riscontrano. e che fu l'oggetto delle nostre investigazioni.

E non sarà invero ozioso perciò il richiamare per un momento alla mente il fatto primo e più rimarchevole, che si riscontra nell'apparato genitale, avvenuto il concepimento, e sul quale viene rivolta l'attenzione dell'ostetrico per la diagnosi della gravidanza nei suoi primi tempi costituendone uno dei sintomi più interessanti), quello cioè di una intensa iperemia attiva e passiva, di una congestione notevole in tutta la sfera del sistema genitale. Afflusso di sangue, che non rappresenta se non una continuazione od una esagerazione di quello stato congestivo, che ad ogni ricorrenza menstruale vediamo ridestarsi nell'utero.

È noto come Cohnheim (1), a convalidare meglio la sua nota teoria sulla patogenesi dei tumori ed il suo asserto di ammettere la disposizione embrionale come la causa dei medesimi, adduca due esempi: lo sviluppo fisiologico degli organi genitali nella pubertà e quello dell'utero nella gravidanza, nonchè inoltre lo sviluppo patologico dei *mostri per eccesso*, quello del raddoppiamento di organi, ecc.

L'accrescimento dell'utero gravido non sarebbe dato soltanto, per questo autore, dall'aumentato afflusso di sangue, sebbene piuttosto dalla *disposizione immanente*, dalla disposizione embrionale congenita. Ma ammessa o meno questa opinione, la quale sebbene pronunziata da una illustrazione scientifica come il Cohnheim, non cessa tuttavia dall'essere basata su di un campo interamente ipotetico; resta però il fatto indiscutibile ed accertato dell'aumentato afflusso di sangue, al quale deve attribuirsi grandissima importanza nello sviluppo dell'utero gravido. Le mutate condizioni d'irrorazione sanguigna sì a lungo persistendo, debbono produrre, si comprende, quelle grandi modificazioni della fibra uterina, sì bene studiate dal Kölliker (2), ed in modo eguale, se

---

(1) Cohnheim. « Patologia Generale. » Vol. I, pag. 519-522.

(2) Kölliker. Loco citato.

non più notevole (per le condizioni vascolari quivi esistenti) debbono esse pure alterare nella sua compagine la mucosa uterina.

A noi qui pare adunque, di osservare perfettamente quella medesima condizione anatomica che altrimenti in altri casi veniva ad esser prodotta da un momento etiologico anormale, da una causa morbosa: endometrite, fibro-miomi, cancro della porzione vaginale, corpi estranei introdotti nell'utero, gravidanza extrauterina. È risaputo infatti come nella gravidanza extrauterina si abbia ancora la formazione della caduca, che viene espulsa verso il 3.º o 4.º mese od ogni mese. Sì parlerà nell'un caso, nello stato gravidico, di una *iperemia funzionale* cagionata dalla presenza dell'ovulo fecondato e svolgentesi, e sulla quale, siccome molti sostengono, il sistema nervoso potrà o no anch'esso influire (1); nell'altro caso parleremo piuttosto di una *iperemia infiammatoria:* unico però, sempre resta il fatto anatomico.

In base a questa considerazione troverà maggior sostegno l'affinità dei due processi già da noi menzionata; affinità la quale perciò verrebbe giustificata non solo dalla uguale condizione anatomica, ma eziandio confermata dalla disposizione e dalla forma degli elementi che si riscontrano, siccome la descrizione dei preparati di sopra esposta dimostra.

Come nei nostri preparati si potrebbe considerare quella produzione cellulare siccome una *iperplasia infiammatoria* determinata dall'aumentato afflusso di sangue, prodotto dallo stimolo patologico, del pari potrebbesi riguardare la decidua della gravidanza, siccome una *iperplasia funzionale* determinata dalla medesima condizione anatomica, ma da uno stimolo fisiologico: la presenza dell'ovulo.

Stando così le cose, se giusto sarà ritenuto il nostro ragionamento, che fondiamo oltre che sulle nostre osservazioni, anco sulle norme della patologia generale, sembrerebbe debbasi precedere con migliori criteri alla ricerca della origine degli elementi della decidua. Ed anzitutto giova quindi meglio, come dissimo, definire il concetto che deve aversi di essa, giacchè non ci sembra, lo ripetiamo, esatta la opinione di coloro che vogliono riguardarla siccome un vero neoplama, il quale si sviluppa sulla mucosa uterina già distrutta.

---

(1) Goltz. (Pflüg. A. IX, pag. 552) vide decorrere, contrariamente a quanto sostengono altri, in modo regolare la gravidanza in cagne con midollo lombare distrutto.

Le ricerche del Leopold, del Friedländer e del Langhans, più volte citate in queste pagine, hanno dimostrato come nella gravidanza la mucosa uterina non si distrugga, e Kölliker specialmente generalizzò l'idea di doversi riguardare la caduca *come la mucosa profondamente modificata.* Questa opinione, che crediamo dovere accettare completamente, è infatti quella che oggidì trova nei trattatisti la migliore accoglienza.

Ma se la decidua non è se non la mucosa uterina profondamente modificata si dirà: abbiamo noi per questo risoluto il problema della origine degli elementi che la costituiscono? Diremo che essi provengono solo dal connettivo, dagli elementi preesistenti, dai leucociti, dalle pareti dei vasi, ovvero sono tutte queste parti insieme che contribuiscono alla sua formazione?

Alla prima obbiezione che ci si potrebbe rivolgere, in ispecie da parte di coloro, che hanno della decidua un diverso concetto, si potrebbe rispondere, che se il modo d'intendere la formazione deciduale dal Kölliker generalizzato, e che noi riteniamo conforme alla verità, non risolve la tanto controversa quistione, nullameno esso assai meglio c'indirizza per la soluzione della medesima, di quanto non faccia quello dall'Ercolani sostenuto. È chiaro infatti, che una volta dimostrata come non vera la distruzione della mucosa uterina ad uovo fecondato, tutti gli elementi di essa debbono necessariamente contribuire alla formazione della caduca.

La origine degli elementi cellulari della decidua è in verità tra le più complesse, e dobbiamo a vari elementi, e non ad uno di essi soltanto, come si è voluto sostenere, addebitarla. Si è potuto infatti, in questi ultimi tempi, vedere come anche tra coloro che primi sostennero l'unità di origine degli elementi deciduali, vada facendosi strada l'idea di una origine complessa. Così il Chiarissimo prof. Romiti, che prima si era dichiarato partigiano dell'origine connettivale e poi, abbandonando la sua prima idea, sostenne con Waldeyer ed Ercolani quella che li fa provenire dalle pareti vasali, riconosce ora (1) con Paladino (2), e Luzi (3) un eguale potere tanto al connettivo, che ai leucociti, nonchè

---

(1) *Monitore Zoologico Italiano,* N. 1, 1890.

(2) Loco citato.

(3) Loco citato.

alle pareti vasali medesime, potere quest'ultimo che come si disse, viene dal Luzi in modo assoluto negato.

Da canto nostro per quanto l'osservazione dei preparati delle mucose alterate, paragonata con quelli della decidua ci permette di vedere, e da quanto lo studio accurato di tutti i lavori in proposito pubblicati ci induca a pensare, riteniamo che l'origine degli elementi deciduali *negli strati superficiali* si debba ad una ipertrofia e mètamofosi di quegli elementi, che normalmente si rinvengono nella mucosa uterina, costituendo lo stroma interglandulare di essa. Tali elementi infatti, allo stato non gravido dell'utero riproducono la forma e disposizione di quelli deciduali, e Winckler ha dimostrato che resta non solo nella *decidua vera*, ma anche nella placenta, una volta costituita, una disposizione assai netta degli elementi della mucosa uterina.

Lo *stroma* della mucosa uterina, dotato di una morfologia essenzialmente mutabile, costituito da elementi cellulari in attività continua e da una sostanza amorfa (Charpentier), subisce nella gravidanza trasformazioni di grandissima importanza e specialmente in quella porzione ove l'ovulo si annida, e dove verrà a costituirsi la placenta. Che queste cellule della mucosa anche prima del concepimento abbiano proprietà plastiche degne di nota, non v'ha chi ne dubiti. Gli elementi regolari, arrotonditi, di piccolo volume, si trasformano durante la menstruazione (come Robin, Ruge (1), Leopold, Soutongin (2) hanno dimostrato) in cellule voluminose, poligonali, nelle quali la massa proteoplasmatica si circonda da una zona fluida e trasparente. Questa trasformazione si fa più caratteristica nella gravidanza, e la cellula, che è rudimentaria allo stato di riposo della mucosa e che s'ingrandisce durante la mestruazione, assume proporzioni maggiori nello stato gravidico (Riesenzelle, cellula gigante), onde è stata designata dagli autori medesimi siccome caratteristica della gravidanza. Abbastanza esatta è in proposito la descrizione che ci dà lo Charpentier di questo elemento cellulare: « le forme di questo elemento anatomico, scrive egli, sono variabilissime, e talune cellule hanno una forma poligonale, mentre altre sono nettamente arrotondite e ellittiche. Alcune infine, assumono

---

(1) 59.° Congrès des méd. et natur. allemands. *Ann. de Gyn.*, t. I, pag. 69.

(2) Vedi l'opera dello Charpentier. Vol. I, pag. 206, ecc.

un aspetto fusiforme, taluna volta terminando alla loro estremità con due o tre prolungamenti. Il loro contorno è nettamente limitato, il protoplasma che esse contengono è formato d'una sostanza attivissima, che si colora vivamente con i reattivi, omogenea in alcune cellule, ma frammentata nel maggior numero, e generalmente disposta contro la parete cellulare. Spesso vicino si riscontrano dei gruppi di piccole cellule arrotondite, di una regolarità perfetta, talvolta aventi un aspetto discoide e rassomiglianti tanto per la loro dimensione, per i caratteri esterni e per le reazioni coloranti alle cellule primitive del sangue, od ematoblasti. » In seguito, come abbiamo di già fatto notare, avvengono quelle trasformazioni, che i lavori di Paladino, Crighton, Doléris, Masquilier e Swann citati, hanno messo in rilievo, per cui le cellule giganti diverrebbero vaso-formative e si stabilirebbe un nuovo sistema d'irrorazione nella mucosa.

L'origine degli elementi deciduali dagli elementi preesistenti della mucosa deve ritenersi, come si disse, solo per gli strati superficiali; ma negli strati alquanto più profondi noi ammettiamo invece due ben diverse origini; gli uni rotondi, piuttosto piccoli, si vedono provenire dal connettivo che limita i piccoli fasci muscolari superficiali della parete uterina ed in mezzo ai quali si possono seguire; gli altri invece fusiformi con nucleo ora ovale od allungato, ora leggermente granoloso, sono indubbiamente fibro-cellule muscolari neoformate o proliferanti. Esse infatti, si continuano col tessuto muscolare sottostante e talvolta in numero notevole formano dei piccoli fasci disposti ora parallelamente alla superfice libera della mucosa, ora obliquamente alla medesima, dando all' occhio quella disposizione ondulata fascicolare caratteristica delle fibro-cellule muscolari riunite in piccoli fasci (Vedi Tav. II). Su questa neoformazione di fibro-cellule, che noi non poniamo tutta a carico della parte superficiale della parete muscolare uterina, ma eziandio delle fibrocellule, che per quanto negate da qualche autore, nullameno ci siamo accertati esistono nella mucosa normale, ho voluto fermare a lungo la mia attenzione e moltiplicare le indagini con numerosi preparati e varie sostanze coloranti. Poichè sebbene il mio sospetto fosse stato già grandemente avvalorato dall' autorevole voce del prof. Durante, quand'egli ebbe ad osservare i miei preparati, pure mi impressionava il fatto che il Luzi, il quale ebbe nei subi tagli di decidua a rilevare anch' egli simili elementi, che lo fecero restare dubbioso nel doverli

considerare come produzioni muscolari o meno, li aveva ritenuti infine di provenienza connettivale.

Le difficoltà che s'incontrano nel differenziare una fibro-cellula muscolare da una cellula fusiforme del tessuto fibroso, rilevate in un lavoro del Doran (1), in queste pagine precedentemente citato, sono talvolta veramente grandi; ma dopo numerosissimi preparati e varie colorazioni (safranina, purpurina, carminio boracico, nitrato d'argento, ematossilina), siamo pervenuti alla conclusione di dover ritenere i menzionati elementi anatomici di provenienza muscolare.

D'altro canto qual meraviglia, se questa proliferazione delle fibrocellule si ammette contribuisca alla formazione della decidua, se per un istante pensiamo alle grandi modificazioni che la fibra uterina subisce nello stato gravidico per il mutato stato d'irrogazione sanguigna o, se si vuole, per Cohnheim (2), a cagione di *una disposizione embrionale congenita?*

Che la proliferazione delle fibre muscolari avvenga è un fatto oramai bene accertato: il prof. Durante (3) ebbe a dimostrarlo per le fibre delle pareti dei vasi. Egli potè vedere come in seguito all'eccitazione meccanica, chimica e termica fatta sulle pareti vasali allo scopo di eccitare l'endotelio, le fibre muscolari reagivano con la segmentazione del loro nucleo. I nuclei neoformati si disponevano in fila nel senso della lunghezza della fibro-cellula muscolare. Il corpo di essa si ingrandiva, diventava leggermente torbido il suo contenuto, e più tardi apparivano delle linee di demarcazione tra un nucleo e l'altro, che segmentavano in tanti corpi quasi cubici la fibro-cellula muscolare: ciascuno dei quali, s'intende, conteneva un nucleo. Quando la parete vasale non suppurava riformavasi la muscolare più spessa di prima. Stricker nella sua Patologia riprodusse le idee del prof. Durante.

Ma resterebbero ad esaminarsi ancora due altre fonti di origine degli elementi della decidua, che furono e sono oggetto di discussione, voglio dire: i leucociti e le pareti vasali.

L'idea che i leucociti prendono parte alla formazione della decidua

---

(1) Loco citato.

(2) Loco citato: « Patologia generale. »

(3) Stricker's Jahr: 1870. « Sull'infiammazione delle pareti vasali e sulla proliferazione delle fibre muscolari liscie. »

devesi all'Henning (1); Ercolani poi (2) fece sua questa idea, e la sostenne calorosamente, ma per abbandonarla in seguito (3), quando cioè abbracciò l'opinione dell'origine degli elementi della caduca dalle pareti vasali. È merito però del Luzi, lo avere in questi ultimi tempi richiamata l'attenzione su questo importantissimo fatto. Studiando egli sulla decidua di vari animali, ha potuto vedere « addossate alle pareti interne dei vasi delle cellule più grandi delle emazie, di forma tondeggiante, con protoplasma granuloso con uno o due nuclei » (4). Il sospetto che i leucociti prendono parte alla formazione della decidua, divenne poi in questo ricercatore certezza, allorquando in molte preparazioni potè colpire, come egli dice, *in flagrante* questi elementi, mentre che essi attraversavano le pareti del vaso.

E già descrivendo alcuni dei peparati istologici, io dissi come mi riserbavo di venire in seguito a parlare di un fatto di qualche interesse che ci aveva colpito e che ora credo opportuno di richiamare, quello cioè di avere frequentemente osservato intorno al lume dei vasi della mucosa nelle sezioni trasversali numerosi elementi cellulari, i quali, disposti concentricamente al lume del vaso medesimo, per la loro forma ripetevano quella degli elementi cellulari già descritti, solo differendone talvolta per essere di essi alquanto più piccoli.

Leopold (5) e Waldeyer aveano da tempo richiamata l'attenzione su questa disposizione speciale intorno ai vasi degli elementi della decidua, a guisa delle sfoglie di una cipolla *(zwieblschalenarting)*; ma questi due illustri osservatori erano ben lungi dal ritenerli come provenienti dai leucociti del sangue. Infatti mente Waldeyer sostiene ch'essi provengono dalla moltiplicazione delle cellule perivascolari per scissione, Leopold (6) li fa originare dalla proliferazione delle singole cellule della mucosa, ritenendo assai dubbioso che i corpuscoli bianchi fuorusciti concorrano

---

(1) Henning. « Studien über den Bau der Placenta. » Leipzig, 1872, citato dal Leopold. *Archiv. f. Gyn.*, 1877.

(2) Ercolani. « Sulle gravidanze extra-uterine. » Mem. dell'Acc. delle Scienze di Bologna, 1873.

(3) Ercolani. « Sulla unità del tipo anatomico, ecc. » e « Nuove ricerche sulla placenta, ecc. » 1877-1879.

(4) Luzi. Loco citato, pag. 76.

(5) *Arch. f. Gyn.*, N. 1.

(6) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XI, 1877, pag. 449-452.

alla formazione delle cellule deciduali. « Se i corpuscoli sanguigni fuorusciti, scrive Leopold, contribuissero alla formazione delle nuove cellule deciduali, potrebbe ciò solo accadere, o perchè uno o più corpuscoli penetrano in una cellula più grossa, che poi verrebbe a dividersi, processo che giammai ho veduto; ovvero attorno ai corpuscoli sanguigni stessi si dovrebbero formare direttamente dalla sostanza fondamentale, i corpi cellulari, che successivamente diverrebbero cellule deciduali, processo che da nessun preparato è finora avvalorato. »

Le nuove ricerche del Luzi però, i cui preparati, per la cortesia dello stesso ho potuto osservare, non mi lasciano dubbio alcuno sulla provenienza delle cellule deciduali dai leucociti; e solo ci sembrerebbe utile seguire con maggiore precisione e dettaglio le varie fasi di questa trasformazione del corpuscolo bianco in cellula deciduale e studiare il processo minuto di cariocinesi, se per cariocinesi questa trasformazione avviene.

A noi sembra, amo ripeterlo ancora una volta, come l'origine degli elementi cellulari della decidua debbasi riguardare tra le più complesse. Gli elementi preesistenti dello stroma interglandulare, il connettivo, le fibro-cellule muscolari, i leucociti sono elementi tutti che concorrono alla formazione della caduca, e non ci pare giusto limitarne l'origine ad uno soltanto. Insistiamo da canto nostro in particolar modo sulla partecipazione dell' elemento muscolare colla proliferazione delle fibro-cellule, siccome nessun altro ricercatore, a quanto ci consta, ha fatto sin oggi rilevare.

Prima di porre termine all'esposizione di queste ricerche domando venia al cortese lettore, che ci ha seguito benevolmente nella disamina di sì importanti quistioni, se per un sol momento io voglio ancora richiamare l'attenzione sua su di un fatto che non è di poco momento dal punto di vista medico-legale: è stato detto infatti in questi ultimi tempi, che la ricerca degli elementi deciduali nei prodotti abrasi col raschiamento endouterino e la loro assenza in questi non esclude la possibilità di trattarsi di una infezione uterina di origine puerperale. Ma una quistione assai più importante dal punto di vista medico-legale deve essere sollevata, che cioè la presenza della cellula deciduale non depone in modo assoluto per la gravidanza, dal momento che tale elemento anatomico può riscontrarsi in altri stati patologici della mucosa uterina e ad utero vuoto.

Mentre adunque, Zinowicf (1) ed altri autori ritengono la cellula deciduale per le sue dimensioni, per la sua forma sferica, e per la sua facile colorazione col picro-carminio, doversi riferire unicamente al processo gravidico, noi invece appoggiandoci sulle nostre ricerche, e confortati dalla opinione autorevole di Petit, Ruge, Meyer, Moericke, Calderini, siamo indotti a non ritenerla come tale. È solo per la presenza delle villosità coriali, la cui forma e struttura sono assolutamente caratteristiche, e la cui origine è indiscutibile, è solo per essa invero, che può farsi la diagnosi di aborto.

Roma, giugno 1890.

---

(1) Citato da Paul Petit. *Nouv. Archives d'Obst. et de Gyn.*, N. 1, 1890, pag. 10.

Nota. Nel momento di correggere le bozze di stampa leggiamo uno studio di C. Keller, fatto nella clinica di Olshausen *Zur diagnose des Schleimhautsarcoms des Uteruskörpes* « Festschrift dargebracht der Section für Geburts. u. Gynäk. des X Intern. Med. Congresses von der Gesellsch. f. Geburts. u. Gynäk. zu Berlin. » Juli 1890), uno di M. Hofmeier (*Centr. f. Gyn.*, N. 41), ed un altro di H. J. Boldt di New-York *(Beitrag zur Kenntniss der normalem Gebarmutterschleimhaut.* « Vortrag gehalten Z. X. des Int. Med. Congresses in Berlin, ») nei quali si confermano talune delle nostre opinioni sostenute sulle alterazioni dell'endometrio nel cancro del collo dell' utero. Boldt, constatando nella mucosa uterina l' esistenza di fibre muscolari, specie attorno alle glandule, spiega l' ufficio fisiologico delle medesime, ammettendo che esse promuovono ed agevolano la fuoruscita dei prodotti di secrezione degli epitelii nella cavità dell'utero.

Non altro che per amore della verità vogliamo rammentare, che delle nostre ricerche ebbimo a farne (sotto il titolo di *Nota preventiva*) comunicazione nell'ultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia, tenutosi in Firenze; cinque mesi prima cioè che i menzionati lavori vedessero la luce.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE

TAVOLA I.

Sezione longitudinale della mucosa del corpo dell'utero nel cancro incipiente del muso di tinca.

A. Strato superficiale cellulare costituito da elementi cellulari simili a quelli della decidua *(Zona cellularum deciduae)*. Sparsi in una sostanza fondamentale amorfa o finamente fibrillare; questi elementi cellulari, forme ipertrofiche di elementi preesistenti nella mucosa normale, assumono ora la forma rotonda con uno o due nuclei, ora poliedrica ed epitelioide. La porzione di sbocco glandulare resta notevolmente compressa per lo sviluppo della produzione cellulare circostante.

B. Strato proprio glandulare: qui la sostanza interglandulare è formata da elementi fusati più o meno regolari, rappresentanti fibre muscolari sezionate in vario senso e fibro-cellule neoformate. Qua e là notansi elementi connettivali giovani, provenienti dal connettivo limitante i piccoli fasci dello strato muscolare profondo. Questo strato *B* rammenta la *Zona glandularum* della decidua.

C. Stato proprio muscolare dell'utero.

a. Epitelio di rivestimento della mucosa, in parte sfaldato ed in parte (*a'*) avendo perduta la forma cilindrica, mostrasi appiatito.

b. b'. Glandule in forma di spira (Korkzieherartige Form, *Ruge,* en tire-bouchon, *Cornil)* contenenti cellule di muco.

c. c'. Lacune linfatiche rivestite da endotelio e notevolmente ingrandite per il distacco della parete glandulare.

d. d'. Piccole vene che mettono in comunicazione la rete vascolare superficiale con la profonda.

Kori.ª Oc. 3. Ob. 6* tubo chiuso.

TAVOLA II.

Sezione trasversale della mucosa uterina nel carcinoma iniziale del muso di tinca.

α. Forme cellulari simili alle cellule deciduali, come nella Tav. I *A*, viste a maggiore ingrandimento.

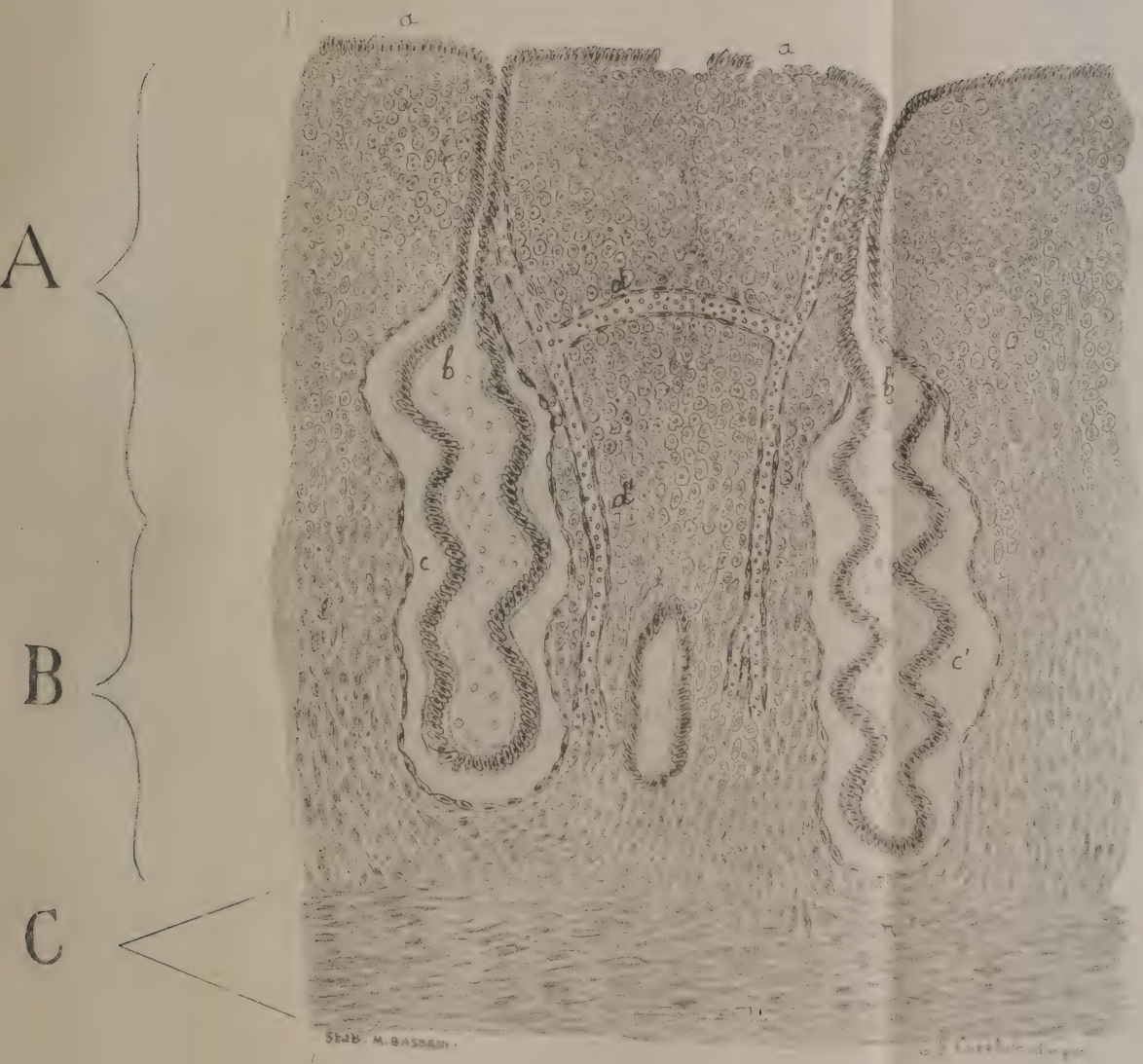
β. Fibre muscolari sezionate e neoformazione di fibro-cellule muscolari.

γ. Strato muscolare uterino.

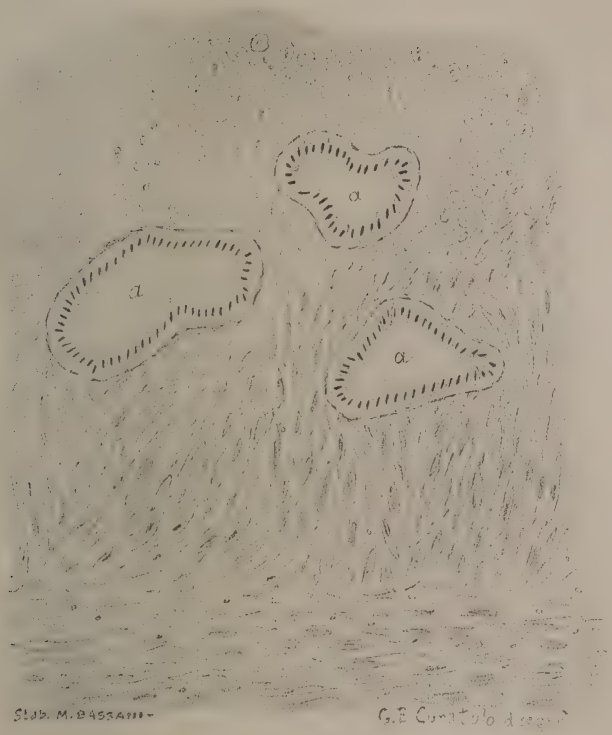
a. a. a. Glandule uterine.

Kori.ª Oc. 5. Ob. 8* tubo aperto.

Ta



Tav. II



ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-3 MAR 91
LIBRARY

Caso di lipoma all'ovaia ed ovidotto di destra

Nota del Dott. FRANCESCO PARONA.

I più autorevoli ginecologi concordano nell'ammettere che i tumori solidi dell'ovaio e delle trombe sieno assai rari, ed il prof. Cuzzi in un pregevole scritto recentemente pubblicato nell'*Enciclopedia Medica Italiana*, consentendo in ciò collo Spencer Wells, li dice non solamente rari ma rarissimi, in paragone dei tumori cistici che si incontrano in tali parti del corpo femminile. Coloro poi che hanno particolarmente trattato dei tumori solidi nella località indicata, parlano di fibromi, di encondromi, di sarcomi, di mixomi, di endoteliomi, di papillomi e di carcinomi non mai di lipomi.

Altrettanto dicasi ed anche più per ciò che concerne i tumori solidi di speciale pertinenza delle trombe faloppiane. Per mia parte ho scorso oltre i classici lavori dello Spencer Wells, del Lawson Tait, del Martin, una quantità di recenti pubblicazioni sulle malattie dell'ovaio e trombe, e mai ho visto accennarsi a tumori lipomatosi in tale località.

Egli è perciò che credo degno di nota il seguente caso presentatomisi in una donna dell'età d'anni 37, certa G. M., nubile, nata a Mortara, domiciliata a Catania, entrata nella mia sezione chirurgica all'ospedale di Novara il 1.° di luglio 1890. Per l'anamnesi ricorderò che le era morto il padre in età di 27 anni per gravi e prolungati disturbi gastrici (stenosi pilorica?) e la madre in età d'anni 53, in seguito a scottature complicate. Dall'età di 12 anni, l'ammalata ebbe mestruazioni regolari ed abbondanti, però da circa tre anni il sangue mestruale si fece man mano più abbondante e chiaro a segno di convertirsi in vere metrorragie.

Ad aggravare questo stato di cose sopraggiunsero dismenorrea, dispepsia, dolori alle reni, prostrazione di forze, tristezza e melanconia grave, mentre prima la paziente era gaia e faceta. Sottoposta l'ammalata ad un esame ginecologico, fu rilevata la presenza di un grosso fibromioma uterino e ne fu proposta l'esportazione. Sulle prime la paziente non volle rassegnarsi al trattamento chirurgico, ma il male aggravandosi

sempre più, si decise di portarsi a Novara ed assoggettarsi a quell'atto operativo che mi sarebbe parso conveniente.

Trovai realmente coll'esame locale un fibromioma uterino, il tumore perfettamente unito all'utero, poco mobile, tondeggiante uniformemente, duro e grosso quanto suol essere la testa di un bambino. Col sondaggio si conobbe che l'utero stava collocato nella parte posteriore del tumore e che aveva una profondità di 24 centimetri. Trovandosi il tumore per quasi la metà incuneato nel bacino, la paziente era costretta a mingere di frequente e provava difficoltà nel defecare.

Il bisogno di un provvedimento chirurgico era evidente, ma prima occorsero delle lavature allo stomaco, affine di mitigare il grave catarro gastrico e vincere la forte ripugnanza agli alimenti.

Tutto ben considerato mi parve fosse da preferirsi la castrazione all'isterectomia, dubitando che questa riescisse tollerabile all' ammalata attese le sue condizioni generali.

L' operazione fu eseguita il giorno 24 luglio col processo e colle precauzioni ben note secondo il metodo di Lawson Tait e così esportando ovaie e trombe. Nell'esportazione dell'ovaio e della tromba sinistra si incontrarono serie difficoltà, trovandosi tali organi profondamente collocati e fissi e l'ovaio piccolo ed atrofico: invece a destra l'esportazione degli annessi uterini riescì agevole, trovandosi questi portati in alto e molto in evidenza per un tumore voluminoso quanto una grossa pera, il quale stava alle loro dipendenze e che era poi il lipoma del quale dirò in seguito.

Il decorso dell'operazione fu abbastanza regolare; solo che in terza giornata la temperatura salì a 39. La cicatrizzazione della ferita avvenne per prima intenzione e l' ammalata lasciò l' ospedale il 4 agosto, cioè venti giorni dopo l'atto operativo.

Avvertirò che, poco dopo l'operazione, erasi manifestata una leggera perdita di sangue nerastro dall'utero e che tale perdita continuò parecchi giorni. Tuttavia l'operata si riprese rapidamente nelle forze e nella nutrizione ed il benessere generale perdura anche oggidì malgrado che, come ebbe a constatare il mio bravo assistente dott. L. Giulietti, il 2 ottobre, siasi avuto una nuova perdita mestruale non scarsa, poi altre due nel novembre e dicembre. Il mioma uterino che si era ridotto di 2[3, in questi ultimi giorni pare accenni a lieve aumento.

Il lipoma stato esportato insieme all'ovaio e tromba faloppiana de-

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-3 MAR 91
LIBRARY

stra, presentava la forma ed il volume espresso dalla Fig. 1, era del peso di grammi 80, con una lunghezza di cm. 9, una larghezza di 5 ed una circonferenza in senso trasversale di 16. Al legamento largo stava attaccato mediante il polo superiore *a* ed in modo assai lasso. Il tumore di color di arancio aveva superficie liscia, era sodo, elastico e con alquante gibbosità nelle cui insenature specialmente serpeggiavano molte venuzze. Tagliatolo in vario senso, lasciava alle mani dell' untume e, in ogni parte presentava l' aspetto e la tessitura del vero lipoma. Nella Fig. 1 oltre la forma ed il volume sono tracciati con scrupolosa esattezza le attinenze del tumore coll'ovaio e la tromba. Il primo di volume e tessitura normali, stava attaccato al tumore mediante una specie di peduncolo costituito dal foglietto peritoneale involgente come una camicia tanto l'ovaio quanto il tumore (Fig. 2). Al polo *b* del tumore (Fig. 1), si scorgeva chiaramente la parte terminale della tromba faloppiana che, con adatte sezioni del tumore, si trovò parzialmente sepolta nel parenchima di esso. Ciò fu accertato con ripetute preparazioni microscopiche mediante le quali si rilevarono traccie di parete dell'ovidotto col caratteristico epitellio vibratile tramezzo al tessuto adiposo del lipoma.

Scopo della presente Nota, essendo unicamente quello di far rilevare la possibilità che alle dipendenze dell'ovaio e trombe si possano sviluppare dei tumori lipomatosi, tralascio quelle considerazioni cliniche che potrebbero farsi sul caso presente, il quale per più rispetti me ne darebbe materia, specie visto le dispute che tutto dì si fanno sull'opportunità della castrazione nei casi di fibro-mioma uterino profondamente situati, sulla maggiore o minore efficacia, nell'arrestare le metrorragie ed ottenere la riduzione del tumore uterino. E neppur trovo profittevole l' indagare come il lipoma abbia potuto prender sviluppo nell' indicata località: ciò si potrà meglio chiarire quando si saranno raccolti più casi congeneri e di sviluppo meno avanzato del caso da me osservato. La circostanza però d'essersi trovata l'estremità terminale frangiata della tromba racchiusa nel contesto del lipoma, lascia pensare che il medesimo abbia potuto aver origine in tale località e che solo più tardi coll' ingrossare siasi trovato in rapporto col resto della tromba faloppiana e dell'ovaio.

I professori Truzzi e Guzzoni ebbero la opportunità di esaminare il tumore descritto e di constatare quanto fu sopra esposto.

Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche più comuni

STUDIATO DAL LATO STORICO

e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi

PEL

Dott. PERICLE SACCHI

Libero Docente d'Ostetricia, Medico Primario della Maternità di Cremona.

(Continuazione, vedi pag. 64).

Se in ogni argomento ostetrico, di cui si imprenda lo studio, giova moltissimo esaminare anzitutto il modo con cui venne per lo addietro trattato, poichè, in tale maniera, tutta quanta appare la discussione di cui esso fu oggetto, a tale pratica era necessario attenersi discorrendo del parto precoce artificiale, del quale tanti e così svariati furono gli apprezzamenti, che di esso fecero gli ostetrici; ed un retto giudizio in tale argomento non può sgorgare, se non vagliando le favorevoli ragioni di cui venne confortato, dalle contrarie che gli si opposero.

Ed ora che tale lavoro, secondo meglio io poteva, ho compiuto, mi torna assai più facile sciogliere il còmpito di esaminare e risolvere quali sieno gli essenziali requisiti, perchè il parto precoce artificiale dia all'ostetrico i confortanti risultati, che devono farlo preferire ad altre operazioni. E per me tali requisiti sono i seguenti:

1.° Determinare, colla maggior possibile esattezza, la qualità ed il grado della viziatura pelvica;

2.° Stabilire, colla migliore approssimazione, l'epoca della gravidanza, la presentazione del feto, il suo volume, le sue condizioni;

3.° Scegliere il metodo operativo che esponga meno di ogni altro a pericoli il feto e la madre;

4.° Prestare al neonato quelle cure che valgano a toglierlo dai pericoli immediati all'atto del parto e dalle conseguenze della sua immaturità.

Vedremo in seguito in qual modo si debba ad ognuno di codesti requisiti ottemperare se si vuole mantenere al parto precoce artificiale il suo vero scopo, quello cioè di far passare per la via ristretta a tempo opportuno, vale a dire, colle buone condizioni di vitalità proprie e senza danno della madre, quel feto che lasciato arrivare a termine di gravidanza non potrebbe nascere che morto, o rendere necessarie per la sua estrazione tali operazioni, in cui la integrità della donna fosse messa in pericolo. È d'uopo in una parola non confondere il parto precoce artificiale coll'aborto provocato, di cui le indicazioni sono differentissime, anche nell'ordine morale, e di cui noi non potremmo occuparci senza varcare i limiti imposti allo studio nostro. Cerchiamo invece di risolvere i due quesiti su cui si incardina la tesi nostra e che sono questi: 1.° A quale epoca di gravidanza può aversi un feto vivo e vitale. 2.° Quali sono le misure del capo fetale alla detta epoca, e conseguentemente quale è il limite minimo di restringimento del bacino, in cui la operazione deve essere ammessa.

La fine del sesto mese di gestazione è il termine convenzionale che fu stabilito per distinguere il parto abortivo da quello precoce; non vuol dire però che ogni feto che nasca a sei mesi compiuti, dia garanzia sicura di continuare a vivere, anzi i più reputati maestri nell'arte ostetrica insegnano, che la vitalità extrauterina del feto incomincia dopo che è passata la 28ª settimana, cioè dopo il 196° giorno di gestazione all'incirca. E sebbene l'Ahlfeld (*Archiv. f. Gyn.*, Bd. VIII, p. 174), riferisca per osservazione propria e d'altri, che sopravissero, mercè pazientissime cure, anche feti della 27_a settimana, i più prudenti ostetrici neppure si fermano alla 28_a, poichè nella maggior parte e se non al prezzo di cure lunghe, minute e non sempre accessibili, il feto, anche se nasce a codest'epoca, si trova esposto a gravi pericoli; onde Schröeder è d'avviso che fino alla 32_a settimana, bisogna andare molto cauti, nella provocazione del parto prematuro, se non si vuole vedere il feto morire poco dopo la nascita; e Dohrn ritenendo fortemente dubbi i risultati pel feto, quando l'angustia pelvica rende necessario il parto dalla 31_a alla 33_a settimana, nel maggior numero dei casi non opera che alla 34ª ed anche fino alla 35.ª

La soluzione del problema riguardante il limite di vitalità del feto nato anzi tempo, si è di molto avvantaggiata dagli studi accurati, fatti specialmente dal Tarnier e da' suoi allievi, sui feti immaturi e sui mezzi più acconci per conservarli in vita. L'introduzione della incubatrice nella pratica ed il suo perfezionamento, ha certamente reso possibile di salvare un maggior numero di bambini, i quali, specie se nati nella stagione inclemente, sarebbero altrimenti stati di certo votati alla morte. Egli è vero che abbiamo esempi antichi e recenti di bambini immaturi, anche di sei mesi, fatti crescere a forza di pazienti cure fra l'ovatta e le bottiglie d'acqua calda, ed alimentati con affettuosa costanza a piccoli cucchiaini di latte.

Paolo Berthod (La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris, 1887) riporta, in accurati quadri statistici, i risultati ottenuti dal Tarnier, in quello Istituto mercè la incubatrice, dal 21 novembre 1881 al 21 novembre 1886, confrontandoli con quelli riguardanti i bambini immaturi non soccorsi colla incubatrice dal 21 novembre 1876 al 21 novembre 1881; risultati che possono riassumersi in questo prospetto:

Mese di vita endouterina	BAMBINI USCITI VIVI	
	dal 1881 al 1886 durante l'uso della incubatrice	dal 1876 al 1881 quando non era usata la incubatrice
6	16.0 p. 0[0	0 p. 0[0
6 1[2	36.6 »	21.5 »
7	49.8 »	39.0 »
7 1[2	77.0 »	54.0 »
8	88.8 »	78.0 »
8 1[2	96.0 »	88.0 »
9	99.8 »	98.0 »

Dei bambini poi messi nell'incubatrice uscirono vivi dalla maternità: Dei nati a sei mesi di gestazione il 30 0[0; a sei mesi e mezzo

il 53 0[0; a 7 mesi il 63. 7 0[0; a 7 1[2 il 78. 7 0[0; ad 8 mesi l'85.9 0[0; ad 8 1[2 il 91. 6 0[0; ed a 9 l'81.7 0[0. Le medie poi di sopravvivenza generale che si deducono da queste cifre, lasciando fuori quelle riflettenti i bambini a 9 mesi, sono: Pei bambini nati nel tempo in cui non veniva adoperata la incubatrice il 46. 75 0[0, e per quelli durante l'uso della incubatrice il 60. 70 0[0; pei bambini poi trattati colla incubatrice il 67. 15 0[0. Pinard, nell'Ospitale Lariboisière ridusse coll'uso dell' incubatrice la mortalità de' feti immaturi all'11. 77 0[0. Sono cifre per sè stesse abbastanza eloquenti perchè abbiano bisogno di alcun commento e la incubatrice a quest'ora avrebbe fatta maggior strada, se gli apparecchi per essa proposti dopo gli antichi di Denucè (1857) e di Credè (1864), da Winkel, da Tarnier (1880) e da Auvard (1883 indi 1889) si prestassero meglio a renderne possibile l'uso non solo nei Brefotrofi, ma anche nelle case private; del che faceva appunto al Tarnier, il Blot, nella seduta 21 giugno 1885, dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Difatti è inconveniente grave per l'incubatrice Tarnier, l'occorrere la vigilanza non interrotta di persona intelligente e la necessità di tener pronta anche di notte una rilevante quantità d'acqua calda; poichè, per quanto si dica, anche le migliori bottiglie di grès, specialmente d'inverno e di notte, in cui scema la temperatura dell' ambiente, si raffreddano con una certa facilità, mantenendo una temperatura incostante e spesso inferiore a quella che occorre al bambino. Son cure queste che nelle famiglie possono a stento ottenersi per alcuni giorni, mai per qualche settimana, come è necessario.

A togliere questi difetti, che anche a mio avviso impediscono alla incubatrice Tarnier di potere entrare nell'uso comune, proposi una nuova incubatrice di cui diedi descrizione ed il disegno in una mia memoria sull' incubatrice e l' allattamento forzato, stampata nel numero 2 del 1888 del Bollettino del Comitato Medico Cremonese. Nella mia incubatrice al sistema di riscaldamento colle bottiglie di grès è sostituito l'altro comodo ed economico con una comune lampada a petrolio, la quale arde sotto l'incubatrice, corrispondendo col proprio tubo al centro di un tubo metallico verticale, accolto a sfregamento in un foro circolare, praticato nel piano inferiore della incubatrice dal lato opposto a quello da cui penetra l'aria.

Il tubo metallico verticale si continua orizzontalmente sul fondo della cassetta da cui è tenuto discosto da piccoli sostegni, e formati due

gomiti, esce in un tubo metallico più ristretto, dall'apertura per cui entra l'aria nella incubatrice. Un tubo di gomma, dal tubo metallico più ristretto, conduce l'aria di riscaldamento, mista al fumo di petrolio a perdersi in una bottiglia piena di una leggera soluzione di cloruro di calce nell'acqua.

Alla mia incubatrice, da cui ebbi così buoni risultati anche nella mia pratica privata, poichè l'uso ne è presto imparato e senza alcuna fatica praticato, si obbiettò presentare l'inconveniente della puzza del petrolio; ma io ho potuto convincermi colle prove di fatto, che se si adopera una lucerna senza difetti, se si mantiene alta la fiamma e non scarso il petrolio, il mio apparecchio può essere tenuto senza alcun fastidio nella camera stessa della puerpera, poichè non dà alcun odore sgradito. Esso ha poi il vantaggio rilevante, che con una ordinaria lampada da studio, si mantiene un calore pressochè costante da 30 a 35 C. con un consumo medio di 320 grammi di petrolio al giorno, non occorrendo rifornire la lampada che ogni 10 ore circa; si può quindi essere certi che anche in una lunga notte d'inverno, quando si abbia tutto ben disposto alla sera, non si avrà bisogno quasi che dell'ordinaria vigilanza, che è dovuta dalla nutrice al bambino.

La Guardia Ostetrica di Milano ed il Brefotrofio di Pavia usano il mio modello d'incubatrice, ed a conferma della sua utilità in aggiunta alle osservazioni pubblicate nel mio opuscolo già citato, riporto nel seguente quadro i risultati delle 65 osservazioni fatte nel Brefotrofio di Cremona, dacchè vi è in uso l'incubatrice, cioè dal 9 novembre 1887 a tutto il 1889:

Prospetto dei risultati ottenuti colla Incubatrice nella Maternità di Cremona.

Numero progressivo	Anno e numero di protocollo	Sezione	Mese di Età intrauterina	Stato fisico all'ingresso nell'incubatrice	Temperat. rettale	Lunghezza Cent.	Peso Gram.	Temp. min. e mass. dell'incubazione	Andamento della incubazione	Giorni di incubaz.	Modo di allattamento	Esito: Vivo	Esito: Morto	Stato fisico dopo l'incubazione o causa di morte	Sesso: Maschi	Sesso: Femmine	Osservazioni
1	1887 160	E.	6 1[2	Vedi storia nel mio opuscolo citato.	35.6	40	1650	30-35	Vedi storia nel mio opuscolo citato.	50	Cucchiaino Gavage poi nutr.	1		Buono	M.		Vive tuttora 5[5 90 prosperosiss.
2	183	E.	7	I soliti caratteri di immaturità.	35.3	42	1793	28-32	Temp. rettale 35.6, 36.0, 35.2, 35.7, 36.2, 36.5, 37.2, 36.5, 37.	10	Nutrice	1		Buono		F.	Gemello.
3	1888 4	E.	6	Unghie che non arrivano ai polpastrelli, peluria abbondante. Color rosso vivo della cute in molti punti pavonazzo, genitali e piedi gonfi. Voce esile.	33.4	37	922	35 —		1	Gavage		1			F.	
4	45	E.	7	Intirizzita dal freddo, cianotica, voce rauca; non si attacca alla nutrice.	34.9	42	1855	33-37 33-35 30-35	Temp. rettale 36.5, 37.1, 37.8, 37, 37, 37, 37.1, 37, 37, 37.3, 37.2. 37, 37, 37.1, 37, 37, 37.2, 37.1.	19	Nutrice 24 ore dopo	1		Buono		F.	
5	60	E.	8	Edema alle gambe ed ai piedi.	34.6	43	2180	. . .	Temp. rettale 34, 36, 37, 37, 36.8, 37, 37, 37, 37.1, 37.3, 37.6, 37.5, 37.4, 37.3, 37.2, 37, 37.2	17	Nutrice	1		Buono	M.		
6	74	E.	7	Intirizzito dal freddo, mano sinistra gonfia, non si attacca alla nutrice, a stento si riesce a dargli il latte col cucchiaino.	33.0	41	1700	30-35	Temp. rettale 37.7, 37.7, 37.	2	Nutrice		1		M.		Gemello.
7	71	L.	7	Nato asfittico di primo grado, fu rianimato colla respiraz. artificiale. Respiro difficile, breve, edema ai piedi, non si attacca alla nutrice.	31.3	40	1725	30-35	Temp. rettale 37.6.	1	Nullo		1			F.	Gemello.
8	124	L.	8	Edema in tutti e due i piedi; intirizzito dal freddo.	36.6	43	2050	30-35	Temp. rettale 36.1, 37, 37.2, 37.1, 37, 37.2.	6	Nutrice	1		Buono	M.		

Numero progressivo	Anno e numero di protocollo	Sezione	Mese di età intrauterina	Stato fisico all'ingresso nell'incubatrice	Temperat. rettale	Lunghezza Cent.	Peso Gram.	Temp. min. e mass. dell' incubazione	Andamento della incubazione	Giorni di incubaz.	Modo di allattamento	Esito Vivo	Esito Morto	Stato fisico dopo l'incubazione o causa di morte	Sesso Maschi	Sesso Femmine	Osservazioni
9	125	L.	8	Edema ai piedi; intirizzito dal freddo.	32.7	44	2070	30-35	Temp. rettale 37.1, 36.8, 37.1, 37, 37.2. 37.3, 37.	8	Madre	1		Buono		F.	
10	134	L.	8	Edema alle mani e ai piedi.		47 1/2	2380	30-33	Gradatamente scomparvero gli edemi.	9	Nutrice	1		Buono		F.	
11	151	L.	8	Non si attacca alla nutrice: indurimento ai polpacci.		48	2600	30-33	24 ore dopo incominciò a poppare e scomparve l'indurim. ai polpacci.	38	Nutrice	1		Buono		F.	Rivolgim. podalico.
12	162	L.	8	Sclerema.				30-35 30-32	Gli edemi diffusi decrebbero gradatamente.	10	Nutrice	1		Buono	M.		
13	153	E.	7	Mani, piedi, gambe edematosi. Color rosso vivo della cute.	37.3	41 1/2	1910	30-36	Temp. rettale 35, 36.4, 37, 37, 37.2 37.4, 37, 37.4.	8	Nutrice	1		Buono		F.	
14	1888 174	L. -	6 1/2	Appena nato era violaceo. Due ore dopo si gonfiarono piedi e mani.	33.8	40	1550	30-36	Temp. rettale 37.6, 37.2, 37.4, 37.6, 38, 37.6, 37.6 37.4. 37.5, 37.6, 37.2.	10	Gavage e nutrice	1			M.		
15	172	E.	7	Caratteri evidenti di immaturità. Frattura dell'omero sinistro. Non poppa ma prende il latte col cucchiaino.	37.1	41	1530	37-38 30-35	Temp. rettale 36.7, 37, 36.8, 36.7, 37, 36.5, 36.3, 36.1, 36, 36.2, 36.1, 36.2, 37.3.	14	Cucchiaio	1			M.		Rivolgim. podalico a domicilio.
16	179	E.	6	Ha edema alle gambe ed ai piedi, alle braccia ed alle mani, macchie pavonazze ai piedi.	32.8	39 1/2	1425	35-38 30-37	Temp. rettale 34.6, 35.5, 35.6, 35.5, 35.4, 34.6.	8	Gavage	1			M.		
17	201	L.	8	Non si attacca alla nutrice; edema alle gambe, alle mani ed ai piedi.	34.5	44 1/2	2580	30-35	Temp. rettale 34.2, 36, 37, 37, 37.2, 37.5, 37.6.	8	Nutrice		1	Buono	M.		
18	207	L.	8	Indurimento generale della pelle e gonfiore. Non mangia.	33.0	48	2750	30-35	Temp. rettale 39.7, 38, 39.6, 38, 37.2.	7	Madre		1	Buono		F.	
19	190	E.	8	Caratteri soliti di immaturità.	35.6	44	2100	30-32	Temp. rettale 38.5, 37.3, 37, 37.4, 37.3.	5	Nutrice		1	Buono	M.		
20	191	E.	8	Edema alle gambe ed ai piedi.	37.5	45 1/2	2110	30-32	Temp. rettale 37.5, 37.3	8	Nutrice		1	Buono	M.		

Numero progressivo	Anno e numero di protocollo	Sezione	Mese di età intrauterina	Stato fisico all'ingresso nell'incubatrice	Temperat. rettale	Lunghezza Cent.	Peso Gram.	Temp. min. e mass. dell'incubatrice	Andamento della incubazione	Giorni di incubaz.	Metodo di allattamento	Esito Vivo	Esito Morto	Stato fisico dopo l'incubazione o causa di morte	Sesso Maschi	Sesso Femmine	Osservazioni
21	237	L.	8	Edema alle gambe ed ai piedi. Tosse insistente. Non febbre. Sclerema.				35-37	Migliorato progressivamente la tosse e gli edemi.	8	Madre	1		Buono		F.	
22	1889 1	L.	7	Si attacca alla nutrice per poco tempo. Bava alla bocca: convulsioni.	35.0	42	1970	35-38	Continuano le convulsioni fino alla morte.	5	Nutrice per poche volte		1			F.	
23	2	L.	8	Soliti segni di immaturità.		45	2110	33-36	Continuano le convulsioni fino alla morte.	3	Nutrice		1	per Convul.		F.	
24	7	L.	8	Edema limitato agli art. inf. Sclerema.		47 1[2	2150	30-35	Scomparvero gradatamente gli edemi.	12	Madre	1		Buono		F.	
25	13	L.	8	Soliti segni di immaturità.	35.5	45 1[2	2485	30-35	Vispo dopo poco tempo che fu messo nell'incubatrice.	6	Madre	1		Buono	M.		
26	14	E.	8	Gonfi i piedi, le gambe e le mani. Non si attacca alla mammella.	35.6	46	2430	30-35	Diminuiscono gradatamente gli edemi e poppa sempre meglio.	6	Nutrice	1		Buono	M.		
27	21	E.	8	Intirizzito dal freddo; non edematoso.		45	2180	30-35	Andò rimettendosi presto	7	Nutrice	1		Buono	M.		
28	22	E.	8	Colore pavonazzo della cute. Soliti segni di immaturità. Non edemi.		43 1[2	2250	30-35	Si rimette bene e prestamente.	7	Nutrice	1		Buono		F.	
29	1889 24	E.	8	Piedi edematosi.		47	2520	30-35	Sta bene presto.	3	Nutrice	1		Buono	M.		
30	29	L.	8	Edematose le gambe ed i piedi. Sclerema.		48	2590	30-35	Sta bene presto.	7	Nutrice	1		Buono	M.		
31	30	L.	8	Edema alle braccia, mani, gambe e piedi. Non si attacca alla nutrice.		40	2550	30-35	Sta bene presto.	7	Madre	1		Buono		F.	
32	32	L.	8	Edema alle gambe ed ai piedi. Non si attacca alla nutrice.				30-35	Sta bene presto.	2	Nutrice	1		Buono		F.	
33	36	L.	7	Immaturo, ma non è edematoso.		41 1[2	1710	35-38	Si rimise abbastanza presto, ma poi colpito da funghillo stentò ad attaccarsi alla nutrice; infine guarì.	25	Nutrice	1		Buono	M.		

Numero progressivo	Anno e numero di protocollo	Sezione	Mese di età intrauterina	Stato fisico all'ingresso nell'incubatrice	Temperat. rettale	Lunghezza Cent.	Peso Gram.	Temp. min. e mass. dell'incubatrice	Andamento della incubazione	Giorni di incubaz.	Metodo di allattamento	Esito: Vivo	Esito: Morto	Stato fisico dopo l'incubazione o causa di morte	Sesso: Maschi	Sesso: Femmine	Osservazioni
34	33	L.	7	È tutto freddo, non si attacca alla nutrice.	33.0			35-38	Fu sempre in stato grave.	2	Nullo		1		M.		
35	39	L.	8	È tutto edematoso.		45	2590	30-35	Andò rimettendosi progressivamente.	10	Madre	1		Buono	M.		
36	47	L.	8	Non si attacca alla nutrice, ma inghiottisce il latte muntogli in bocca.		40	1540	30-35	In seguito si attaccò alla nutrice, ma preso da funghillo non poppò più.	7	Nutrice	1		Per atrepsia da funghill.	M.		Gemello.
37	48	L.	7	Segni di immaturità pronunciatissimi; stato grave.		39	1440	30-35	Morì quasi subito.	1	Nullo		1		M.		
38	56	L.	8	Immaturo ed un poco edematoso.		43	2350	30-35	Si rimette presto.	7	Madre	1		Buono		F.	
39	73	L.	8	Segni evidenti di immaturità, non si attacca alla nutrice.		43	1825	35-38	Convulsioni al terzo giorno di incubazione e durate un giorno.	6	Cucchiaio		1	Per convulsioni		F.	
40	58	E.	8	Caratteri soliti di immaturità.		47	2750	30-34	Migliorò subito.	2	Nutrice	1		Buono	M.		
41	78	L.	8	Tutto edematoso.		46 1/2	2720	30-35	I primi giorni migliorò, poi preso da funghillo non poppò quasi più finchè morì.	12	Nutrice		1	Atrepsia da funghill.	M.		
42	79	L.	7	Immaturità; non si attacca alla nutrice; edematoso.		44	2700	30-35	Migliorò presto.	9	Madre	1		Buono		F.	
43	85	L.	8	È un poco edematoso; non si attacca alla nutrice.	36.1	45	2240	30-35	Stava meglio, poi cessò di poppare per funghillo e morì.	13	Nutrice		1	Atrepsia da funghill.		F.	
44	88	L.	7	Non si attacca alla nutrice.		38	1290	30-35	Non volle mai poppare nè prendere il latte col cucchiaino.	4	Nullo		1			F.	
45	95	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		48	2500	30-35	Migliorò presto.	8	Madre	1		Buono		F.	Rivolg. pod. inter. per pres. di Sp.
46	97	E.	7	Edematoso alle gambe e ai piedi.		44 1/2	2060	30-35	Migliorò presto.	9	Nutrice	1		Buono		F.	

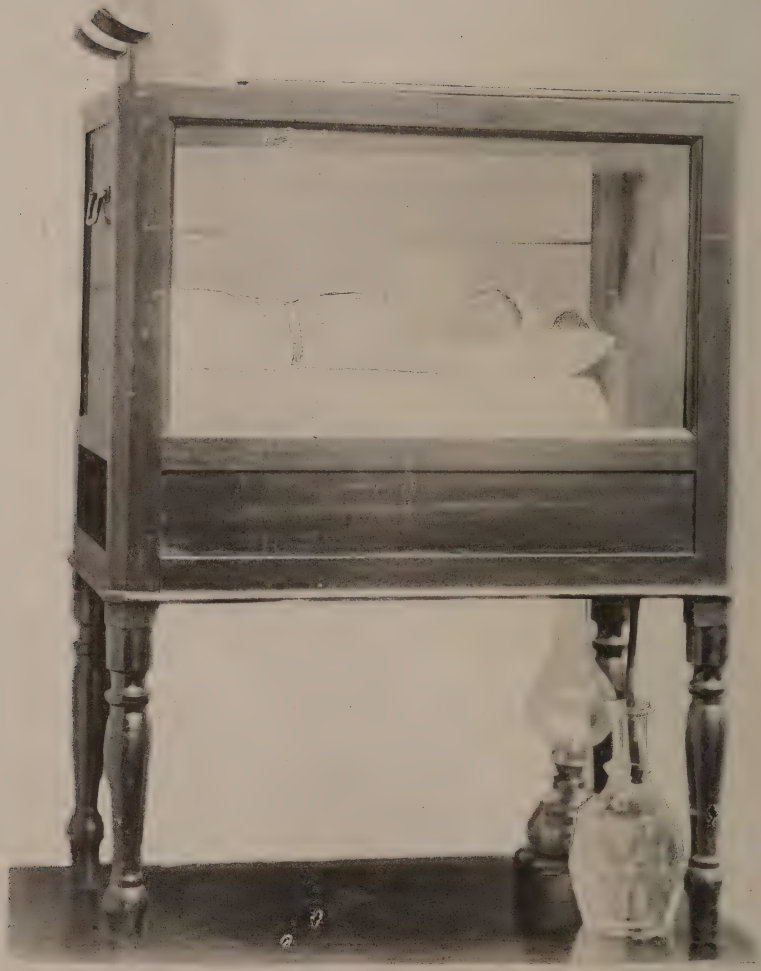
Numero progressivo	Anno e numero di protocollo	Sezione	Mese di età intrauterina	Stato fisico all'ingresso nell'incubatrice	Temperat. rettale	Lunghezza Cent.	Peso Gram.	Temp. min. e mass. dell' incubazione	Andamento della incubazione	Giorni di incubaz.	Modo di allattamento	Esito Vivo	Esito Morto	Stato fisico dopo l'incubazione o causa di morte	Sesso Maschi	Sesso Femmine	Osservazioni
47	106	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		46	2490	30-35	Migliorò presto.	5	Madre	1		Buono	M.		
48	128	L.	8	Si attacca poco alla nutrice.		40	1750	30-35	Migliorò presto.	9	Madre	1		Buono		F.	Gemello I.
49	129	L.	8	Si attacca poco alla nutrice.		44	2150	30-35	Migliorò presto.	9	Nutrice	1		Buono	M.		Gemello II.
50	125	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		45	2250	30-35		6	Nutrice	1		Buono		F.	
51	136	L.	7	Caratteri soliti di immaturità.		44	1800	30-35	Migliorava ma preso da funghillo non poppò più.	8	Nutrice		1	Atrepsia da funghill.	M.		
52	162	L.	7	Caratteri soliti di immaturità.		40	1700	30-35	Migliorò progressivam.	17	Nutrice	1		Buono		F.	
53	118	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		44 1/2	2370	30-35	Migliorò progressivam.	6	Madre	1		Buono		F.	
54	185	L.	8	È edematoso ai piedi, alle gambe; a stento si attacca alla nutrice.		46	2100	30-35	Migliorò progressivam.	6	Nutrice	1		Buono		F.	
55	173	L.	8	Caratteri soliti di immatnrità.		44 1/2	2370	30-35	Migliorò progressivam.	7	Nutrice	1		Buono	M.		
56	198	L.	7	Caratteri soliti di immaturità.		42 1/2	2050	30-35	Migliorò progressivam.	15	Nutrice	1		Buono		F.	
57	141	E.	8	Caratteri soliti di immaturità.		45	2690	30-35	Migliorò progressivam.	8	Nutrice	1		Buono		F.	
58	210	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		47 1/2	2640	30-35	Migliorò presto.	7	Madre	1		Buono	M.		
59	220	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		46	1850	30-35	Migliorò presto.	10	Madre	1		Buono	M.		
60	150	E.	8	Caratteri soliti di immaturità.		42 1/2	1900	30-35	Migliorò presto.	3	Nutrice	1		Buono		F.	
61	247	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		43 1/2	2380	30-35	Migliorò presto.	11	Nutrice	1		Buono	M.		
62	163	E.	8	Assideramento ed immaturità.				30-35	Morì poche ore dopo.	1	Nullo		1			F.	
63	249	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		45	2550	30-35	Migliorò subito.	3	Nutrice	1		Buono	M.		
64	251	L.	8	Caratteri soliti di immaturità.		46 1/2	2700	30-35	Migliorò subito.	4	Nutrice	1		Buono		F.	
65	167	E.	8	Caratteri soliti di immaturità.		43 1/2	2390	30-35	Migliorò subito.	2	Nutrice	1		Buono	M.		

Dei 65 feti posti nell'incubatrice 2 appartengono al 1887, 19 al 1888, e 44 al 1889; 8 sono gemelli e 3 estratti col rivolgimento interno podalico; 32 sono maschi e 33 sono femmine: e tutti sono immaturi: 2 da 6 mesi; 2 da 6 1[2, 16 da 7 e 45 da 8. Le indicazioni furono o la debolezza congenita sola o complicata da effetti di assideramento e dallo sclerema. La temperatura rettale, di cui abbiamo solo 22 osservazioni, presa al bambino prima di porlo nell'incubatrice, variò da un minimo di 31.3. C° ad un massimo di 37.5 C° con una media generale di 34.7 C°, così assegnata alle diverse età del feto; a 6 mesi, 33.1 C°; a 6 1[2, 34.7. C°, a 7, 34.6 C°; ad 8, 35.2 C°. L'allattamento fu nullo in 5 casi, si fece col gavage o col cucchiaino 6 volte, e negli altri 54 casi, dalla madre o dalla nutrice; osservandosi però che spesso, questo fu il modo principale di nutrizione durante il periodo di incubazione, ma che nel principio di esso si usava od il gavage o l'alimentazione col cucchiaino. La temperatura dell'incubatrice si mantenne di pratica più alta nel principio dell'incubazione, scemandola gradatamente in seguito; oscillò fra il minimo di 30° C°, ad un massimo di 38° C°, adoperato però molto raramente e per breve tempo; ordinariamente veniva mantenuta fra i 30° C°, ed i 35° C°.

La durata dell'incubazione nei bambini sopravissuti fu in media di 23.9 giorni, nei morti, di 5.9 giorni, quindi in media generale di 14.9 giorni; e parzialmente dei bambini sopravissuti: da 6 e 6 1[2 mesi, di 50 giorni; da 7, di 14; da 8, di 7.7; e dei morti: da 6 e 6 1[2 mesi di 6.3 giorni; da 7, di 4.6; da 8 di 7.

Dei 65 bambini, 48 sono sopravissuti e 17 sono morti. Ma per calcolare con esattezza la vera mortalità dei bambini riguardo all'incubatrice, dai 17 morti bisogna dedurne 6, che mancarono alla vita per altra causa morbosa, sopraggiunta ad aggravare la debolezza congenita; e questi sono 4 casi di atrepsia da funghillo, 3 in feti di 8 mesi ed uno di 7, e due casi di convulsioni in feti di 8. Perciò la mortalità esatta è di 11 su 59, vale a dire del 18.64 0[0, onde i sopravvissuti rappresentano l'81.36 0[0 e questi parzialmente si distinguono così: Dei bambini da 6 mesi a 6 1[2 sopravvisse il 25 0[0; di quelli da 7 mesi, il 53.33 0[0 e di quelli da 8 mesi, il 97.5 0[0, cifre di qualche poco inferiori ai risultati di Tarnier per quanto riguarda i feti di 6 mesi e 6 1[2 e 7 mesi di vita intrauterina, ma migliori assai per gli ottimestri.

Nè nella mia statistica figurano parecchi casi fortunati che ebbi nella



mia pratica privata, fra cui mi piace ricordare quello del mio caro bambino Venceslao, che deve la sua vita alla incubatrice, e l'altro del figlio di una buona signora, che desolata per aver dovuto perdere in due parti antecedenti le sue creature, che per bacino piatto rachitico ristretto quasi al 2° grado, l'ostetrico aveva dovuto estrarre una volta col forcipe, ed un'altra colla craniotomia, venne a richiedermi della provocazione del parto precoce.

Lo procurai difatti colle doccie di Kiwisch che furono sufficienti allo scopo. La signora partorì un feto vivo, in presentazione podalica, di 6 mesi e mezzo di vita endouterina. Nacque asfittico in 3° grado, ma lo rianimai colla respirazione artificiale e colle inalazioni di ossigeno; fu poi subito posto nella mia incubatrice che era già pronta a 33 C°. Mi servii in questo caso del mio ultimo modello di incubatrice, che è rappresentato nella fototipia qui unita e che differisce dal primo soltanto in questo che le parti laterali sono in vetro come il coperchio, che il tubo metallico è a due gomiti invece di tre, che alla soluzione del cloruro di calce nella bottiglia è sostituita l' acqua pura, che vi è soppressa la chiudenda per moderare l'ingresso dell'aria di respirazione, e che sono resi più ampi i caminetti d'uscita dell'aria respirata dal bambino e muniti di chiudenda, la quale viene abbassata quando si vuole ottenere più sollecita l'elevazione della temperatura al grado necessario nello interno prima di porvi il bambino.

Sono piccole modificazioni che l'uso mi ha consigliato e che trovo praticamente utili. Nella Maternità poi ho fatto costrurre una incubatrice mio modello a quattro posti, la quale è ora riscaldata a petrolio, ma spero di poterle presto applicare il riscaldamento a gas, colla corrente di questo munita di apposito regolatore, che mantenendone costante la pressione, mantenga pure costante il calore nell'incubatrice.

Questo modello più grande serve egregiamente, specie per l'inverno, in cui anche molti bambini maturi che vengono portati assiderati, trovano pronto giovamento al loro stato. Anzi in questo senso molto si adoperò l'incubatrice nella nostra Maternità nello scorso anno, ma io ho preferito limitare la statistica alla sua azione sui feti immaturi. E devo aggiungere che uno splendido risultato ci ha dato pure tanto nel 1888 che nel 1889 nella cura dello sclerema, pel quale si può dire che per lo innanzi moriva il 100 0[0 dei bambini affetti, mentre ora questi vengono salvati in proporzione non minore del 90 0[0. E la mortalità com-

plessiva dei bambini immaturi che nel novennio 1879-87 fu in media nel Brefotrofio di Cremona quasi del 50 0[0, decrebbe coll'uso dell'incubatrice nel biennio 1888-89 al 20 0[0.

Convinto per questi fatti della utilità che può dare la incubatrice nella provocazione del parto precoce, non posso sottoscrivere alla opinione del Charpentier, che rinuncia all'incubatrice accontentandosi di tenere il bambino fra l'ovatta e le bottiglie d'acqua calda in una camera di piccole dimensioni mantenuta alla temperatura costante di 25 o 26 gradi (Vedi *Traité pratique des accouchements*, 2ª ediz., Vol. Iº p. 544); ma egli non riflette che praticamente è più difficile mantenere la camera in codeste condizioni di temperatura *costante*, che non riscaldare col petrolio la incubatrice. Credo invece che egli abbia più ragione quando consiglia di sostituire al gavage la somministrazione del latte di nutrice appena munto a brevi intervalli di tempo (ogni ora di giorno, ed ogni 3 o 4 di notte), dandone uno o due cucchiai da caffè per volta e badando di abbassar bene la lingua del bambino e portare il più possibile profondamente il cucchiaino nella bocca. Difatti il gavage è pratica piuttosto male accetta nelle famiglie e non è sempre bene tollerato dai bambini specialmente se l'immaturità è pronunciata.

(*Continua*).

X.° Congresso Medico Internazionale di Berlino

4-9 Agosto 1890.

Sezione di Ginecologia ed Ostetricia. (1)

J. BALANDIN. — **Una nuova sala operatoria particolarmente per laparotomia.** — Gli sforzi per rendere le sale operatorie, specialmente laparotomiche, ben sicure di fronte alla infezione, non hanno fino ad ora approdato ad alcun risultato soddisfacente. Le nuove ricerche di Bergmann riguardanti l'aria delle sale operatorie, hanno contribuito a dare a questa incertezza un fondamento che si può dire naturale, e che tale incertezza dipenda fra l'altro dagli osservatori, molto più se numerosi, non è a dubitarne. È per questo che il B., avendo di mira nella costruzione di una nuova sala operatoria, l'interesse della asepsi ed ugualmente quello degli studiosi, desiderosi di poter bene osservare gli atti operativi, stabilì i tre seguenti punti di partenza:

1.° Separazione del luogo operativo da quello di osservazione.

2.° Diminuzione della distanza fra gli osservatori ed il campo operativo.

3.° Allo scopo di non ingrandire eccessivamente tale distanza (dati molti osservatori), allargamento del luogo di osservazione.

La stanza da lui costruita secondo tali idee nell' « Helenen-Institute » per desiderio ed a spese della principessa Caterina, funziona dal 1887: lo spazio impiegato è diviso da pareti di vetro in due parti, e misura 5 1[4 m. in larghezza, 6 3[4 in lunghezza e 7 in altezza, quindi circa 250 mcb. di cui più che 150 adibiti al luogo operatorio propriamente detto, e circa 100 al coro per gli osservatori: lo spazio doveva essere così grande perchè altrimenti il campo visivo, dal coro al luogo operatorio propriamente detto, sarebbe divenuto eccessivamente piccolo, e l'operatore coi suoi assistenti avrebbero impedito di vedere. L'osservatore può

(1) Ho creduto opportuno disporre le comunicazioni fatte secondo l'affinità degli argomenti trattati.

vedere meglio dall'alto fin quando ciò è possibile senza detrimento della luce che viene direttamente e il luogo operativo, come pure il coro superiore, hanno luce dall'alto e luce anteriore; il coro inferiore ha soltanto luce dalla parte anteriore. I cori circondano il luogo operativo da tre lati ed hanno ingressi particolari in nessun modo connessi con quello del luogo dove si opera.

Il coro superiore è disposto in guisa contraria a quella di un anfiteatro e si porta in avanti verso l'interno: il coro inferiore è per i medici del corso annuale, il superiore per le allieve levatrici; a queste si permette principalmente l'ingresso perchè importa che esse comprendano l'importanza pratica della parte chirurgica dell'intervento ostetrico e ginecologico. Dal coro inferiore al campo operativo, la distanza è di circa 3 m., dal superiore di circa 4 1[2, sicchè da entrambi una vista normale può in una laparotomia discernere i più fini dettagli. L'ambiente viene riscaldato da una stufa il cui tubo scorre in alto lungo la parete posteriore, ed è in comunicazione coll'ambiente operatorio mediante le sue tre superfici libere per la parte inferiore, e per la parte superiore solo colla sua superficie anteriore, mentre le superfici laterali sono rivolte e destinate ai cori, ed anche date le più basse temperature esterne la stanza operatoria si può portare alla temperatura desiderata. Per la ventilazione dei cori si può regolare a piacere l'ingresso dell'aria esterna, ed è disposto un forte ventilatore. Per l'ambiente operativo propriamente detto non è disposto alcuno speciale apparecchio per la abduzione dell'aria.

L'ingresso dell'aria nell'ambiente operatorio avviene solo da un punto posto al disopra della stufa, specie di camera calda che si continua con un tubo, il quale va a prendere l'aria 5 m. al disopra del tetto; questo tubo si termina con uno strato di ovatta disinfettata e sterilizzata, dello spessore di 20 cent. e l'ingresso dell'aria dalla camera calda, viene regolato da una specie di cappa mobile la quale durante le narcosi prolungate è sempre più o meno aperta durante tutta l'operazione anche a cavità addominale aperta.

Nel luogo dove si opera, vi ha in mezzo una lieve elevazione che si dirige in basso con leggiero pendio. — Questa è destinata al tavolo d'operazione, all'operatore ed ai suoi assistenti più prossimi; sotto al tavolo da operazione stanno i secchi, e pure ai quattro lati stanno secchi con catini per la lavatura e la disinfezione delle mani. I liquidi che non cadono nei recipienti sottostanti al tavolo, scorrono verso il basso lungo una scanalatura mediana in un secondo secchio piano. Attorno alla elevazione stanno tavoli cogli strumenti e col materiale per disinfezione e medicazione, mentre lungo la parete anteriore della stufa, per mezzo di una manovella, si innalza alla voluta altezza una tavola alla quale si attaccano grossi vasi di vetro coi liquidi necessarii per le irrigazioni, ed i tubi scorrono lungo i cori fino a venire colle cannule alla portata delle mani dell'operatore e degli assistenti. I tubi ed i loro pezzi d'aggiunta sono, per maggiore facilità e prontezza di servizio, dipinti a differenti colori. Le impalcature ed il soffitto sono

coperte da lastre di ferro affatto liscie, verniciate ad olio mediante colore bianco; per rendere possibile e rapida la lavatura e la disinfezione di tutto l'ambiente, la quale deve farsi prima e dopo ciascuna operazione, sono applicate alla parete anteriore dei cori grosse tavole che, calate, dividono tutta l'altezza dell'ambiente che, come si disse è di sette metri, in tre parti, sicchè per tale disposizione in due o tre ore, tutto può essere lavato con sapone e disinfettato con sublimato 1[1000. Nel tempo di riposo la camera è rigorosamente chiusa, e solo l'operatore, gli assistenti e il personale di servizio della sezione ginecologica, rigorosamente separata dalle altre, hanno libero l'accesso: l'illuminazione si fa per mezzo di uno specchio parabolico simile a quello delle locomotive, riflettente la fiamma di una lampada a Kerosina, migliore però della quale è l'ordinaria lampada elettrica: al disotto dell'apparecchio di illuminazione è applicato un disco riflettore di 70 cent. quad. di grandezza e la luce è di gran lunga più intensa di quella che si ha durante l'inverno in Pietroburgo nelle giornate oscure. Il B. riferisce di avere nella stanza operatoria suddescritta eseguite le più gravi laparotomie con fortuna uguale a quella dei più felici operatori, e ciò il più spesso in presenza di più che 100 spettatori, senza che questi abbiano menomamente disturbato, sicchè dopo una esperienza di quattro anni, ritiene di potere nell'interesse della asepsi raccomandare questa sala operatoria.

H. FRITSCH (Breslavia). — **Antisepsi in ostetricia.** — Per prendere rigorosamente il posto di relatore, io dovrei parlare sulle idee attuali della generalità dei medici tedeschi senza dare grande valore a convinzioni personali: tuttavia io sono nella lieta circostanza di dichiarare che le mie convinzioni personali sono anche quelle della generalità, perchè anche in medicina avvi una specie di voce di popolo, la quale fra il troppo poco ed il troppo, sa trovare il giusto mezzo. Se diamo un'occhiata agli ultimi due decennii (perchè prima non è il caso di parlare di antisepsi come metodo terapeutico nella febbre puerperale), possiamo distinguere tre stadii:

1.° Quello dei tentativi più o meno cauti di esperimentare l'antisepsi.

2.° L'uso, la eccitazione man mano crescente per l'uso del metodo.

3.° La lenta diminuzione fino alle idee attuali assai più moderate.

È naturale che al principio di un metodo terapeutico dominino le idee teoretiche cui manca ancora l'esperienza, ma la teoria può essere con facilità più coerente della pratica, ed è più facile escogitare un metodo anzichè porlo in esecuzione. Si diceva: La causa della malattia è da lungo tempo nota: ora che abbiamo imparato a combattere con successo questa causa, nulla più facile della vittoria!

In pratica però i diversi metodi della terapia antisettica stabilirono postulati

ineseguibili in particolari circostanze: rammento solo il metodo di irrigazione continua dell'utero e l'impiego della irrigazione ghiacciata fenica dell'utero.

Agli esperimenti eseguiti anzitutto nelle cliniche, presero parte importante i medici pratici; per un certo tempo dominò la massima che ogni puerpera dovesse avere in sè una quantità di materiale venefico e fosse così in permanente pericolo di venire infettata: questo veleno doveva venire allontanato dal corpo, onde parecchi medici chiesero alle levatrici che ogni puerpera dovesse venir pulita non solo esternamente come prima, ma anche internamente. Si diceva che i lochi erano escreti e che, allontanandoli si doveva costringere ogni puerpera a star bene. Ma questo superbo edificio della antisepsi teoretica venne rovesciato dalla pratica, perchè si vide bentosto che non si sarebbe colla antisepsi ottenuta la desiderata asepsi assoluta, e le puerpere ammalarono come prima, anzi comparvero lavori comprovanti che tale uso generoso dell' acido fenico aveva reso i casi di morte più numerosi. Naturalmente l' acido fenico non era pericoloso, la lavatura delle ferite non dava febbre, poichè un disinfettante non infetta, ma la località stessa non rendeva sicuro alcun metodo. Qui, tra l'ano e l'uretra, nella profondità della non involuta vagina e dell' utero difficile ad esaminare, non si poteva così sicuramente disinfettare come sulla superficie liscia della pelle.

L'esperienza chiarì che, le puerpere possono rimanere sane senza lavature antisettiche, e possono ammalare malgrado queste: bisognava inoltre ricercare anche perchè, colla lavatura carbolica delle ferite, si manifestassero più malattie che senza di questa.

Ebbero adunque ragione coloro che, dall'inizio, combatterono le esagerazioni del metodo antisettico, ma non condanniamo quelli che cercarono, completando l'antisepsi, di raggiungere la asepsi assoluta, perchè senza esagerazioni non è possibile raggiungere il giusto mezzo.

Oggi abbiamo avuto la dimostrazione che, data una puerpera sana, ogni terapia locale è inutile, ammenochè non si voglia chiamar terapia la semplice pulizia dei genitali esterni: è perciò che io credo di potere esporre il seguente principio: *In ogni puerpera sana si tralasci ogni cura locale.* Su questo punto regna assoluta unicità di idee; già dubbia è invece tale unicità riguardo ai casi leggieri di febbre che si dice di riassorbimento, la quale voi ben sapete che sia.

In questi casi taluno dice: ogni febbre lieve può divenire elevata e poichè anche casi leggieri possono divenire gravi, non è più logico di curarli prontamente usando tutti i mezzi della terapia interna ed esterna? Sonvi adunque molti medici che, immediatamente, anche nei casi di lievi febbri, fanno eseguire almeno lavature vaginali.

Ma all'incontro si può rispondere: Lievi elevazioni termiche sono frequenti, specialmente nelle primipare, dentro e fuori le cliniche. — Anche nel tempo preantisettico abbiamo frequentissime volte osservato lievi elevazioni termiche senza che

ciò ne facesse pensare a prognosi infausta, e questi casi procedono oggi, come in passato, a rapida guarigione, sicchè sarebbe proprio eccessivo se per queste febbri, che non turbano il benessere generale della donna e che solo il termometro ci fa diagnosticare, noi dovessimo subito procedere ad irrigazioni. Con queste, mediante la distensione meccanica della vagina ed il sollevamento dell'utero, quando non sia direttamente colla cannula, noi produciamo nei primi giorni piccole lesioni mentre da esse non si deve sperare una assoluta pulizia e sterilizzazione della vagina. Se poi le irrigazioni non vengono metodicamente continuate e ripetute, il disinfettante scompare o viene riassorbito, ritorna la vitalità e la riproduzione dei germi e le piccole ferite divengono assorbenti, sicchè come lo prova l'esperienza, una irrigazione, specialmente se fatta da mano inesperta, danneggia anzichè giovare. Certamente le irrigazioni prolungatissime, accurate ed attente, potrebbero ovviare a questo pericolo: ma tale metodo, lungo, doloroso per la puerpera e noioso e quasi ineseguibile pel medico, è certamente inaccettabile per la pratica privata, ed a me sembra pericoloso l'insegnare solo i metodi eseguibili negli ospedali con personale scelto ed esperto e con gran copia di aiuti, perchè non si erra soverchiamente ritenendo che in terapia ciò che è superfluo è anche dannoso.

Tuttavia la più attenta osservazione è indispensabile anche per la febbre più lieve, e questa osservazione è assai semplice; basta il termometro, onde ogni levatrice è in grado di praticare la termometria, e poichè ogni medico è maestro delle levatrici, deve istruire a ben praticarla quelle che con lui lavorano.

Premetto che io mi associo a quelli che interdicono alle levatrici ogni lavatura; non ritengo però che solo il medico sia capace di eseguire una irrigazione, ma esso solo le può fare perchè solo può afferrarne l'indicazione: sulla propria responsabilità egli potrà poi ordinare l'esecuzione a levatrici o ad infermiere da lui conosciute; la prescrizione appartiene solamente al medico.

E dopo di ciò io stabilisco quale seconda tesi la seguente: *Durante una febbre lieve (febbre di assorbimento), si stabilisca solo una osservazione esatta.*

Veniamo alla terza tesi: io so benissimo che in medicina non si possono stabilire paragrafi sintetici di legge: noi medici non abbiamo nelle cose mediche alcun dogma e come l'indagine della natura non ammette alcun riposo, anche noi siamo in continuo progresso; ciò che oggi è accettato può essere respinto domani, e come questo sia giusto lo possiamo riconoscere dallo sviluppo della conoscenza della antisepsi e della asepsi. Ora si dovrebbe dire: data un'alta febbre con esclusione di malattia extrauterina, o quando si sia stabilito che la causa deve ricercarsi nell'utero, oppure nei primi 3-5 giorni dopo il parto, oppure data febbre alta con esclusione di sepsi generale indubbiamente mortale, si dovranno praticare irrigazioni endouterine. Per quanto questa tesi venga limitata e sottoposta a clausole, rimarrà sempre accettabile, e perciò io, onde evitare eccessive lungaggini, l'ho così brevemente riassunta: *Data febbre alta si pratichino irrigazioni endou-*

terine. Se nei primi giorni di puerperio avvi febbre, il caso è grave, e si deve energicamente provvedere, ammeno che non si sia assolutamente nihilisti in terapia. Quanto alla strada ed al meccanismo di infezione io non voglio occuparmene e solo voglio domandare in qual modo si deve combattere l'alta febbre che prova l'avvenuta infezione.

Sonvi due mezzi: 1.° fortificare l'organismo; 2.° asportare i materiali infettanti disinfettando la superficie già infetta.

Senza deprezzare gli effetti del rafforzamento dell'organismo che io ho esposto nello scritto: « Grundzüge der Pathologie und Therapie der Wochenbettskrankheiten », è lecito sostenere che il vino, le uova, la birra, il cognac e le bistecche a nulla giovano se nell'utero e nella vagina si forma continuamente, si moltiplica e si assorbe una quantità di materiale settico. E, poichè non possiamo chiudere le porte per le quali entra il materiale infettivo, dobbiamo asportare quello che si trova davanti a tali porte di ingresso. Ma ciò non è sempre facile e la presenza di alta febbre prova che tali sostanze infettive non solo giacciono sulle superfici assorbenti, ma che hanno già dispiegato la loro azione e che l'avvelenamento ptomainico ha già mutato il tessuto sano in un materiale atto allo sviluppo di cocchi patogeni. Ma nello stesso modo che sostanze venefiche fluide possono venire assorbite, possono anche assorbirsi sostanze fluide medicamentose, capaci di neutralizzare le prime nei tessuti, e i casi sfortunati di avvelenamento per sublimato provano quanto rapidamente assorba il canale genitale in puerperio. Lavando adunque l'utero rispondiamo a molte indicazioni, cioè esportiamo il materiale settico, impediamo che se ne formi del nuovo, ed introduciamo nei tessuti una sostanza che uccide i bacterii. Riusciti a questo e fortificato il corpo sostenendo il cuore e combattendo la febbre, dobbiamo aspettare che la sia finita col materiale già assorbito: non sempre si riuscirà a conservare la vita, ma non lavando l'utero agiremmo come quel chirurgo, il quale volesse curare una sepsi da ferita gangrenosa con una dose di antipirina. Chi negli ultimi due decenni curò puerpere gravemente ammalate, non potrà negare che con lavature endouterine si siano guariti casi gravi; e noi dobbiamo per forza ammettere che là dove una o due lavature endouterine portarono la guarigione, il progressivo sviluppo dei cocchi e la formazione delle ptomaine avrebbero portato la morte. Gli streptococchi degli essudati non differiscono dai cocchi delle sepsi mortali, ma non su queste vedute teoretiche io fondo la mia opinione, bensì sulla esperienza di un ventennio che mi ha provato come colle irrigazioni endouterine si sia salvata più di una vita gravemente compromessa. Nelle maternità destinate all'insegnamento, avviene più specialmente che di tempo in tempo, malgrado ogni cura, si manifesti una infezione. Nessun maestro istruisce gli allievi nella profilassi antisettica; provvedendo opportunamente si ovvierà notevolmente al pericolo. Che ciò sia possibile si prova in modo affatto semplice: dall'estate 1887, io non ho avuto alcun caso di morte in clinica, e 1620 parti

decorsero senza alcuna morte: con tutto ciò i metodi influirono poco sulla morbilità. Acido fenico, sublimato, creolina, acqua pura furono adoperati per la pulizia profilattica.

È perciò che io ritengo che, data febbre alta, si debba cominciare la cura mediante lavature endouterine. Non si può determinare nè il tempo nè il numero delle lavature; non il tempo perchè nella pratica privata non vediamo e non curiamo le ammalate sin dal primo momento, sin dal primo brivido; non il numero perchè ci regoleremo dal risultato della prima; se non si ha alcun vantaggio, si tratta senza dubbio di sepsi mortale, ed è inutile tormentare senza scopo una morente, e, se si riconosce ad esempio un essudato, non combatteremo per via endouterina una malattia extrauterina. La lavatura è insomma l'inizio della cura, ne è una parte, anzi la parte più essenziale, ma la pulizia di una superficie ferita non è certo la somma della terapia. In ogni caso io espongo come terza tesi la seguente: *Data febbre alta si lavi internamente l'utero.*

GALABIN (Londra). — I risultati ottenuti attualmente in ostetricia si debbono anzitutto alla introduzione ed all'uso del sublimato, non solo come disinfettante delle mani e degli strumenti (cateteri, ecc.), ma anche come mezzo di lavature vaginali durante e dopo il parto e lungo tutto il puerperio. In confronto cogli anni nei quali si usavano l'acido fenico ed il permanganato di potassa, per le cliniche inglesi, si può stabilire quanto segue: la mortalità è scesa dal 10 e più, al 2 per mille, e quella speciale per sepsi e processi infiammatorii locali, all'1. 5 p. 0[00. I casi di lievi elevazioni termiche si sono ridotti alla metà, e quanto alle malattie settiche nella grande maternità di Londra, si è dal 40 0[0 discesi al 2. 5 0[0. E tuttavia questi splendidi risultati si sono ottenuti conservando i materassi di crine senza che per ogni puerpera si faccia un materasso speciale di lieve costo che duri solo quanto il puerperio. La disinfezione di questi materassi, che fu trovata in generale non necessaria, fu eseguita solo in rari e gravi casi, ed una soluzione di sublimato 1. 4000 fu trovata ordinariamente bastevole mentre solo nei primi 3 o 4 giorni si può usarne una all'1. 2000. Il nuovo antisettico « Salufer » (Ftorosilicato di sodio), è di gran lunga inferiore al sublimato. Tralasciando ora la discussione per ciò che riguarda gli stabilimenti pubblici, resta a determinare fino a qual punto tali cautele debbano trovare la loro applicazione nella pratica privata. È da ritenersi che anche qui, per la disinfezione delle mani e degli strumenti si debbono usare uguali cautele: nessuna esplorazione deve essere fatta senza precedente lavatura delle mani con soluzione di sublimato all'uno per mille; pel dito esploratore si usi una soluzione di sublimato in glicerina 1. 1000. Si deve inoltre ritenere che, nel parto normale dopo l'espulsione della placenta, conviene praticare una iniezione vaginale di sublimato all'1. 2000 e che durante tutto il

puerperio si debbono eseguire irrigazioni feniche al 2. 2 1[2 p. 0[0. Invece, dopo interventi ostetrici, si debbono praticare almeno per 4 giorni irrigazioni di sublimato all' 1. 2000 e ad ogni modo è certo che, nella pratica privata, nulla è più importante della assoluta disinfezione delle mani dell' ostetrico e della levatrice.

STADFELDT (Kopenhagen). — La antisepsi, giustamente praticata, stabilisce che le maternità non debbono solo considerarsi come serventi allo studio, ma anche a scopo umanitario; anche per i neonati la introduzione della antisepsi fu causa di salute. Nella pratica privata le levatrici debbono mantenere asettiche le vesti, la persona e gli strumenti, deve essere prescritta una scrupolosa pulizia: è assai utile mantenere l' uso di leggieri antisettici, e le levatrici non dovrebbero incaricarsi delle cure del puerperio particolarmente quando la puerpera è ammalata. Si dovrebbe anche fare attenzione che la partoriente e quanto la circonda siano in istato asettico, ma è molto dubbio se le lavature vaginali profilattiche durante il parto non abbiamo piuttosto a far danno anzichè recare vantaggio. Le levatrici debbono esplorare ed intervenire nel parto il meno possibile: gli accidenti più leggieri debbono essere annunciati immediatamente all' ufficio di sanità, derivino essi da levatrici o da medici: parecchi casi nella pratica di una levatrice, esigono una radicale e controllata disinfezione ed eventualmente una sospensione dell'esercizio.

SLAWJANSKY (Pietroburgo). — Comunicando i risultati della statistica puerperale durante gli ultimi anni, nota che sono più favorevoli nelle cliniche che nella pratica privata malgrado il più gran numero degli interventi operativi eseguiti nelle cliniche e la diversità dei risultati. Dal 1886-90 i parti registrati in Russia diedero solo una morbilità del 8. 75 p. 0[0 ed una mortalità del 0. 38 p. 0[0. Inoltre si nota un miglioramento progressivo di anno in anno, onde ciò che era 9. 43 p. 0[0 riguardo alla mortalità e 0. 48 di mortalità nel 1886, nel 1889 divenne rispettivamente 8 p. 0[0 e 0. 28. La diversità dei risultati, dopo che all'anno ed agli istituti, si deve riferire:

1° ai parti prematuri;

2° alle operazioni;

3° alle complicazioni che peggiorano notevolmente le statistiche.

Il personale insegnante e gli studenti non sono per sè stessi causa di danno onde considerando che gli istituti grandi e dedicati all'insegnamento danno statistiche migliori che gli altri dove si trova solo personale servente, è da far voti per la costruzione di grandi ospedali.

G. REIN (Kiew). — **Asepsi od antisepsi nelle laparotomie?** — I brillanti risultati delle attuali laparotomie in tutti i paesi, formano l'orgoglio della medicina odierna per quanto non si abbiano ancora metodi universalmente accettati e rigorosamente scientifici per la cura delle ferite laparotomiche. È perciò che cerca di dare una idea dello stato attuale della questione.

La teoria microbica sulla insorgenza e sul modo di procedere delle affezioni settiche, si deve considerare attualmente come provata: non ostiamo alla possibilità di una suppurazione senza microbi, come pure alla possibilità di una immunità contro i microbi della suppurazione introdotti nell'organismo (V. Gravitz, ecc.), ma ciò non contraria in alcun modo i punti fondamentali della questione, ed è perciò che il listerismo rimane sempre una delle più importanti cure del chirurgo. Risulta adunque che noi abbiamo soltanto due metodi rigorosamente scientifici per la profilassi e la cura delle ferite, l'antisettico e l'asettico: gli altri metodi si possono raggruppare intorno all'uno od all'altro di questi. Le proprietà dei microbi patogeni sono ancora ben lungi dall'essere conosciute come pure le condizioni nelle quali microbi patogeni o meno danno origine a ptomaine pericolose ed a toxine. Perciò è senza dubbio importante per la protezione sicura delle ferite di difenderle non solo contro i microbi settici, ma contro tutti i microorganismi in generale, e di curare quindi la loro completa sterilità: la sterilità della ferita è nostro scopo tanto nel procedimento asettico, quanto nell'antisettico. Ma abbiamo noi modo di ottenere in clinica tale sterilità? Sì certamente, ed io mi permetto di descrivere brevemente il procedimento usato nella mia clinica come complemento al cenno dato nel *Centralblatt für Gynäkologie* (G. Rein. « Zur Asepsis bei Laparotomien » *Centralbl. f. Gyn., 1890*). Ritengo per il più efficace ed il più proprio mezzo sterilizzante il vapore acqueo compresso a 110-119 cent., che viene da me impiegato per la sterilizzazione del materiale da medicatura, degli strumenti, della biancheria, rivestimenti per l'operazione, vesti degli assistenti, legature, acqua: un'unica sterilizzazione col vapore acqueo compresso è insufficiente in primo luogo perchè con ciò i microbi e le spore non vengono sicuramente uccisi, ed in secondo luogo perchè è possibile che anche i prodotti venefici della loro attività non vengano distrutti (cf. Brieger e C. Fränkel).

Per una asepsi rigorosamente scientifica che si sforzi di escludere ogni accidentalità, si deve avere anche acqua ed aria sterilizzata, e su di ciò mi si permetta di essere alquanto più minuto. Le cliniche con riscaldamento centrale a vapore, come ad esempio la mia, possono molto comodamente e nella quantità desiderata avere acqua calda sterile dal sistema di canalizzazione servente al riscaldamento. L'acqua raggiunge qui quotidianamente un riscaldamento di 40-60° R. che, secondo le esperienze di Tyndall sappiamo completamente bastevole alla sterilizzazione: per maggior sicurezza e per impedire tutte le mescolanze meccaniche, io filtro l'acqua adibita alla sala di operazione con un filtro Chamberland-Pasteur,

e lo stato sterile di quest'acqua mi fu ripetutamente provato da ricerche batteriologiche.

Per la purificazione dell'aria dai microbi serve la filtrazione della stessa nei canali da ventilazione mediante filtri d'ovatta e la lavatura delle pareti e del tetto come pure la abbondante sciacquatura dell'intero ambiente coll'aiuto di un forte getto d'acqua. Recentemente nella mia clinica si è adottato un metodo ingegnoso ed economico del dott. Sapieschko per la purificazione dell'aria, ed i modelli e le descrizioni di questo importante apparecchio vengono comunicati dall'inventore; per esso nessuna parte del tetto, delle pareti e dell'ambiente si sottrae all'azione dell'acqua, e tutta la polvere che trovasi sul suolo si rende visibile. E di questi punti principali consta in generale il metodo asettico. Per parlare ora del metodo antisettico nel sesso abituale della parola, bisogna dire che si introducono nella ferita sostanze disinfettanti. Sappiamo già che l'organismo dispone di sostanze proprie microbicide, scoperte nel sangue da Buchner, Nissen, Nutall, e recentemente da Netschaeff (*Medicinskoe Obozrenie*, 1890. N. 10) e nel liquido ascitico da Prudden, e sappiamo pure dei fagociti di Metschnikow. È perciò che noi usiamo solo di mezzi antisettici nella minima quantità possibile e di soluzioni debolissime, perchè è provato da ricerche batterioscopiche come piccole quantità di materiali disinfettanti esercitino forte influenza sul terreno di cultura. Nella mia clinica viene ora usata solo una soluzione fenica al 2 p. 0[0 per lavatura delle spugne durante l'operazione, per pulitura degli strumenti e lavatura delle mani se essa dura a lungo, e perciò possono venire portate nell'organismo solo dosi eccessivamente piccole di acido carbolico. Ora si domanda: bastano i metodi sopraenumerati per la completa sterilizzazione delle ferite? Il mio assistente dott. Pissemski ha eseguito ricerche batteriologiche col concorso degli specialisti prof. Pawlowski e dott. Janowski, ricerche sulle legature, spugne, medicazioni, biancherie, strumenti, unghie ed epidermide delle mani dell'operatore e degli assistenti, sull'acqua e sull'aria della sala operatoria, ed infine sulla ferita e sulla cavità addominale.

Il risultato di circa 200 osservazioni è di gran lunga migliore di quello delle ricerche pubblicate finora (cf. Schlange, ecc.); esse provarono che tutto viene quasi certamente sterilizzato eccetto l'aria, poichè circa 50 ricerche eseguite in diverso tempo provarono che l'aria della stanza operatoria era più pura di quella degli ambienti vicini, ma tuttavia discretamente inquinata da microbi (38 colonie). Solo una volta su 30 osservazioni si notò il minimum di 0 colonie, prima dell'operazione, e di 2 durante la stessa. Al più alto grado interessanti sono le ricerche microbiche sui tessuti della ferita addominale ed internamente alla cavità stessa. In tutto si fecero 43 ricerche: i pezzi di tessuto esciso furono portati sul suolo di cultura per lo più alla fine dell'operazione, ma certamente non fu sempre possibile impiegare tutte le cautele batteriologiche. Malgrado queste circostanze sfavorevoli, in 4 su 7 casi i tessuti della ferita addominale risultarono completamente

sterili: sangue e coaguli sanguigni che, dopo la fine dell' operazione, erano stati tolti colla spugna dallo spazio del Douglas si mostrarono in 5 su 10 casi completamente sterili. Inoltre furono esaminati pezzi di aderenze, liquido ascitico, trombi del peduncolo contorto delle cisti, ecc. Infine pezzi tolti dalla superficie di taglio del peduncolo, ed in 6 su 9 casi, quindi nel 66 p. 0[0, risultarono sterili.

Con ciò rimase provata come conseguibile la sterilità della ferita, se non in tutti i casi, certo però tanto colla asepsi che colla antisepsi.

Confrontando ora i risultati delle osservazioni cliniche, su 87 laparotomie eseguite in base ai detti principii negli ultimi 4 semestri, ho perduto in tutto 3 operate, il che dà una mortalità del 2.20 p. 0[0: una delle morti fu per peritonite settica dopo una difficile enucleazione di cisti intralegamentosa.

Questa mortalità di 1.1 p. 0[0 per forme settiche è, secondo io penso, altamente soddisfacente, sopratutto pei molti casi gravi, e per le poche operazioni facili (ablazione degli annessi, castrazioni, ecc.), come pure pel fatto che le operazioni si eseguivano nella clinica universitaria frequentata dagli studenti.

Riguardo alle forme febbrili nel periodo post-operatorio, il risultato è ancora più favorevole. Il 47 p. 0[0 dei casi decorse assolutamente apiretico (T. massima 37.6 C.). Il numero dei casi dove la temperatura non oltrepassò mai i 38° è del 77.3 p. 0[0, e nel residuo 22.7 p. 0[0, non si devono sempre ammettere conseguenze dirette dell'operazione.

Con ciò è provato che, anche clinicamente, la sterilità della ferita ed il decorso asettico furono conseguiti.

E, dopo questo, a qual processo, all'asettico od all'antisettico, daremo noi la preferenza?

È facile vedere come ora i due processi non differiscano più tanto quanto alcuni anni or sono. Allora si irrigava veramente tutta la cavità addominale con una grande quantità di soluzione fenica al 3-4 p. 0[0 o di altro antisettico: si imbeveva l'aria delle camere con una densa nebbia carbolica, e si avvelenavano così le ammalate e noi stessi.

Le esagerazioni della antisepsi hanno portato ad una reazione affatto naturale. Comparvero i lavori di Köberlé, Lawson-Tait, Bantock e d'altri, il cui merito fu di darci motivo a provare se il nostro armamentario antisettico sia proprio tutto necessario, e, contemporaneamente, la giovane scienza batteriologica ha acquistato combattendo il suo legittimo posto nella clinica. Ci ha dato modo di esercitare un esatto controllo su tutte le nostre manualità, ci ha provato possibile la esatta sterilizzazione della ferita e delle sue adiacenze, e, per opera sua, si è formato il metodo della odierna profilassi. Il nostro sforzo più grande nella asepsi e nella antisepsi consiste non solo nella sterilizzazione della ferita, ma anche di tutto ciò che con essa viene in contatto. Questo metodo differisce alquanto da quello che si chiama abitualmente antisettico, e corrisponde assai meglio al nostro desiderio

ideale dalla completa sterilità della ferita, mentre viene raggiunto senza danno della paziente e del personale operante; differisce dalla empirica « pulizia » di Bantock, Lawson-Tait, ecc., perchè è sottoposto a rigoroso controllo scientifico ed è perciò positivo. A questo odierno metodo di profilassi conviene adunque un nome speciale che potrebbe essere: « Metodo di sterilizzazione per la cura delle ferite » metodo che è veramente l'asettico e corrisponde alla valutazione batteriologica della asepsi o meglio della sterilità della ferita.

Da quanto si disse risulta che il metodo asettico ed antisettico non sono che sottodivisioni di un unico metodo che si può dire di sterilizzazione, e la differenza fra di loro non è molto spiccata.

Anzitutto si deve ritenere la asepsi superiore all'antisepsi, non foss'altro che perchè per essa non si impiega alcuna sostanza dannosa all'organismo: infatti, ogni piccola quantità di antisettici può disturbare la attività rigenerativa degli elementi della ferita, e poichè i tessuti vivi e non infetti non contengono microbi, la antisepsi si può considerare come espressione della nostra impotenza a difendere la ferita dagli agenti esterni nocivi.

Noi non dubitiamo che, una volta ammesso il principio della asepsi, si troverà per eseguirla un processo più comodo e più sicuro per la pratica, e forse già il metodo del dott. Sapiescho vi corrisponde, molto più che fino ad ora ha dato risultati eccellenti. Tuttavia, attualmente, almeno per precauzione, si deve dare la preferenza al metodo antisettico; dove non si può sterilizzare l'aria od impedirne l'accesso, non si può certamente avere una ferita sterile.

Del resto, il diritto della antisepsi viene praticamente confermato nella nostra clinica durante l'ultimo semestre. Su 28 casi se ne trattarono 15 col metodo assolutamente asettico, e 13 col metodo di sterilizzazione unito all'uso di soluzione fenica al 2 p. 0[0 per la pulizia delle spugne e degli strumenti. Ora, nel primo gruppo si ebbero, nel periodo post-operatorio, febbri nel 40 p. 0[0 dei casi (cioè temperature di oltre 38, sia pure anche per una sola volta), nel secondo gruppo solo nel 15 p. 0[0, mentre l'unico caso di morte appartiene al primo gruppo. Il secondo gruppo diede invece un sol caso di morte su 72 laparotomie, il che corrisponde ad una mortalità dell'1. 3 p. 0[0 mentre il primo gruppo diede un caso di morte su 15, onde il 6. 6 p. 0[0. Risulta da ciò che gli antisettici non si debbono cacciare proprio del tutto dalle cliniche. Sarebbe proprio comico temere adesso come il fuoco le goccie di soluzione fenica, mentre ancora poco fa la si impiegava a litri.

Io sono convinto che, anche in avvenire, tanto la asepsi che la antisepsi troveranno il rispettivo posto ed avranno in clinica indicazioni speciali mentre una esatta differenzazione delle indicazioni si potrà stabilire in processo di tempo. Presentemente si possono soltanto dare le seguenti indicazioni per la forma antisettica del metodo di sterilizzazione:

1.° malattie microbiche in atto del peritoneo;

2.° presenza di pus nel peritoneo e nei tessuti adiacenti;
3.° operazioni in ambienti non appropriati, ad es., nella pratica privata;
4.° operazioni non compiute;
5.° metodo extraperitoneale;
6.° necessità del drenaggio;
7.° momentanea sopravvenienza di infezioni settiche delle ferite nell'ospedale.

La forma asettica del metodo di sterilizzazione è già forse accettata nelle malattie degli organi parenchimatosi come i reni e nei tagli esplorativi: in tutti gli altri casi la scielta fra i due metodi è lasciata all' operatore per quanto il cauto impiego della asepsi debba ritenersi preferibile. E, concludendo, io debbo dire che presentemente è da osservarsi nella cura delle ferite il metodo di sterilizzazione perchè ci offre la possibilità di avere ferite sterili. Una divisione fra asepsi ed antisepsi io non la ritengo per ora possibile, ma fino a quando noi non possederemo alcun metodo completo per l'impiego della asepsi, non potremo del tutto esimerci dall'introdurre modiche quantità di mezzi disinfettanti nella ferita.

DÖDERLEIN (Lipsia). — **Cocchi della vagina.** — Gli studiosi della antisepsi del parto sono attualmente divisi in due campi; gli uni ritengono ogni disinfezione interna della partoriente per inutile e dannosa, gli altri, fondandosi sulle ricerche batteriologiche del secreto genitale, giudicano indispensabile la disinfezione della vagina nel parto.

Io mi sono occupato con ricerche batteriologiche del secreto vaginale della gravida e, se fino ad oggi non erano possibili esatte conclusioni, ciò dipende dalle difficoltà delle ricerche: tuttavia i risultati da me fino ad ora ottenuti sono assolutamente certi.

Ricercando su gran numero di vagine di gravide, sempre si riscontrano due tipi di micro-organismi ambedue microscopicamente, anatomicamente, batteriologicamente, caratterizzati in modo esatto. Il primo fornisce una secrezione fortemente acida, propria del formaggio e dello zucchero d'uva che corrisponde circa al 0,4 0[0 di acido solforico; nei preparati microscopici si trovano epitelii piatti, corpuscoli mucosi e finalmente bacilli.

Questo secreto si può considerare come normale ed è quello di una vagina sana: il secreto di giovani fanciulle o di bambine ha questa composizione. La sua forte acidità è di ostacolo allo sviluppo dei germi, onde solo determinate qualità di bacilli possono svilupparvisi, e probabilmente questi sono di natura innocua tantochè nel parto non è necessaria una disinfezione anche se si eseguono esplorazioni interne. Il secondo tipo di secreto si presenta come una marcia più o meno fluida, alcalina, neutra o debolmente acida; microscopicamente vi si trovano epitelii piatti, cellule marciose, cocchi abbondanti in tutte le forme e disposizioni pos-

sibili; l'isolamento di questi organismi è circondato da grandi difficoltà. L'interpretazione di questo reperto è che nel substrato di un catarro virulento specifico gonorroico, molto più in un secreto neutro od alcalino, può avvenire una seminagione dei germi *ubiquistici* ai quali appartengono anche i germi infettivi delle ferite, stafilococchi e streptococchi. Questo secreto produce infezione nei parti in cui, a scopo istruttivo, si praticano molte esplorazioni. Da ciò dovrebbe dedursi che le gravide, al loro ingresso nelle cliniche, dovrebbero distinguersi in due gruppi: del primo dovrebbero far parte quelle con secreto normale, del secondo quelle con secreto patologico.

Anzitutto si dovrebbe, come fu detto, internamente ben visitare, ma non internamente disinfettare: ammessa la correttezza delle idee suesposte, la morbilità nel secondo gruppo dovrebbe essere ben più alta che nel primo e, per l'identità delle ricerche, tutte le gravide dovrebbero venire esplorate in ugual proporzione. Disinfettando poi le partorienti del secondo gruppo, la morbilità di tali puerpere dovrebbe diminuire e solo quando si sia su questi punti ottenuto l'accordo degli studii, si potranno dare precetti generali per l'antisepsi del parto.

SCHATERNIKOFF (Mosca). — **Dimostrazioni.** — Dimostra un comodo apparecchio portatile per lavature e doccie per medici e levatrici. Consta di una morsa con vite che si può fissare ad una tavola, di un pedale con catena che si fissa all'uncino della vite e di un sifone di Scanzoni con palla aspirante.

La pressione esercitata sul pedale fa muovere uno stantuffo a tenuta d'aria, il quale fa sì che il tubo di gomma aspiri da un vaso o da una bottiglia il liquido che, spinto dalla pressione atmosferica, discende lungo il tubo.

MAROCCO (Roma). — Dimostra 1° un portatamponi che può servire anche da dilatatore della cervice e da pinza uterina; 2° diverse cannule a doppia corrente di Doléris modificate; 3° un portaghi con apparecchio per girare l'ago nelle operazioni vaginali; 4° uno speculum con trazione elastica per eliminare gli assistenti.

HILLISCHER (Vienna). — **Apparecchio per narcosi.** — Il relatore constata che col miscuglio dei gas si ottiene una buona narcosi, solo quando il miscuglio dei due gas avviene nel momento della respirazione dell'individuo che si deve narcotizzare (V. *Naturforscher Versammlung*, Berlino, 1886 n. 59). Il vecchio apparato da lui costrutto era più grande ed in esso il miscuglio del gas avveniva al principio della cannula da respirazione, quindi lontano dalla bocca del paziente di tutta la lunghezza della cannula: il nuovo invece, modificato nel senso suesposto, riesce assai più comodo e di facile maneggio.

MORE MADDEN (Dublino). — Dimostra un piccolo candeliere poliarticolato e quindi movibile in ogni senso, adattabile ad ogni speculum.

CESARE MAROCCO (Roma). — Dimostra un portatampone a pistola per il tamponamento dell'utero ed un catetere endouterino facilmente disinfettabile.

BARBOUR (Edimburgo). — Dimostra disegni molto istruttivi ottenuti da cadaveri congelati di donne in istato di avanzata gravidanza e di partorienti nei tre periodi del parto i quali chiariscono punti assai importanti del meccanesimo del parto.

MACKENRODT (Berlino). — **Dimostrazione di preparati.** — Dimostra anzitutto un grosso cistoma ovarico proliferante con due cisti dermoidi grandi quanto il pugno innicchiate nella parete anteriore e nella posteriore della cisti principale; tutto il tumore originava dall'ovaio sinistro, ed il peduncolo era piuttosto sottile. Alcune delle cisti più grosse furono punte, durante l'atto operativo, per ottenere un rimpiccolimento del tumore; la cisti dermoide collocata a destra del peduncolo si ruppe nell'estrazione e versò il proprio contenuto nella cavità addominale. Nella parete posteriore della cisti si può vedere una lunga incisura la quale prova un'aderenza coll'intestino retto che si dovette rompere. La combinazione di cisti in questa forma è assai rara, e l'Olshausen fino al 1886 aveva osservato solo un tumore analogo a questo: notevole anche è la diversità delle cisti dermoidi, perchè la sinistra, oltre all'ordinario contenuto, offre una piccola placca ossea con quattro denti molari ben conformati. La parete della seconda cisti dermoide invece è tutta coperta da sottili piastre ossee su cui giacciono piccoli concrementi cristallini verde oscuri che microscopicamente si riconoscono per tavolette di colestearina giacenti però in una massa granulosa oscura. Tali concrementi non sono frequenti nelle dermoidi e la loro composizione è varia. Per quanto riguarda il suaccennato versamento del contenuto cistico nella cavità addominale devesi notare che, secondo osservazioni di Martin, tale fatto non si deve considerare come particolarmente dannoso perchè il contenuto di una cisti dermoide integra fino al dì dell'operazione, non è in alcun modo infezioso.

La paziente morì per ileo in quinta giornata. Nella cavità addominale non si trovò alcuna traccia di peritonite, eccetto che al punto dell'intestino costretto, mentre che, se vi fosse stata infezione, già chiari sarebbero stati i segni della peritonite in quinta giornata.

Il M. dimostra inoltre un gruppo di preparati di ascessi dell'ovario non puerperali che si manifestarono insieme ad alterazioni delle tube; in tutte le pazienti i focolai marciosi si aprirono durante l'atto operativo e versarono il contenuto

nell'addome: malgrado ciò le operate decorsero tutte normalmente. Nota in proposito di essersi regolato secondo il processo di Martin, il quale alla fine dell'atto operativo, dopo l'abituale toeletta, passa nel peritoneo una spugna riccamente imbevuta in olio di olive previamente bollito, ed a questo procedimento attribuisce il considerevole miglioramento della statistica. Per quanto riguarda i preparati, la loro importanza deriva dalla loro origine non puerperale, perchè ora tale origine si considera come una rarità per quanto già al riguardo si siano fatte molteplici pubblicazioni. L'Olshausen ha citato in proposito una serie di autori nel suo libro sulle malattie dell'ovario; Simpson, Mosler e West osservarono pure casi di ascessi ovarici non puerperali che si aprirono nella vescica o nel retto e Lusk ed Ellingsworth casi di ascessi ovarici bilaterali non puerperali. La etiologia però non ne era chiara: l'origine frequente tubercolare si deve riconoscere come vera, e nei casi di Martin si doveva accettare come coesistente una malattia delle tube, perchè, fatta astrazione dagli altri sintomi, aveva sempre preceduto un ben caratterizzato catarro uterino. In molti casi si aveva potuto riconoscere pregressa gonorrea, e due volte nei casi operati da Martin si erano riconosciuti i gonococchi nella marcia tubaria. Il M. osservò due volte dopo il raschiamento con consecutiva infiammazione dell'utero, un tumore ovarico esistente a destra crescere rapidamente fino a raggiungere il volume di un uovo di gallina, ma poi scomparire, onde si può ritenere la cura endouterina efficace anche nelle forme ovariche. In ambedue i casi le tube erano completamente sane, onde bisogna ritenere che, oltre l'etiologia puerperale delle malattie ovariche, è ammissibile anche quella da catarro endouterino e da cure endouterine.

L'infezione dell'ovaio segue verosimilmente per le vie linfatiche la cui direzione è molto propizia per infettare l'ovaio stesso e le malattie delle tube sottostanno alle medesime cause: la infezione avviene per contiguità, e così man mano, nei contorni dell'ostio addominale, si manifesta la peritonite e la perioooforite e poi l'atresia della tuba. È ancora dubbio se da questa perioooforite si determini l'ascesso dell'ovaio, perchè di solito questo non ammala contemporaneamente per quanto possa però egli pure venire infettato per via dei linfatici. Viceversa la tuba può andare soggetta ad infiammazione catarrale non purulenta, mentre l'ovaio per malattia concomitante, ma per infezione dalla via uterina, va soggetto ad ascesso. Questo stato di cose è ancor più evidente in quei casi in cui da un lato la tuba va soggetta ad infiammazione purulenta, l'ovaio corrispondente è sano, mentre dall'altro lato la tuba è sana e l'ovaio colpito da ascesso.

G. EDEBOHLS (Nuova York). — Dimostra:

a) Un metodo migliorato per la chiusura antisettica degli strumenti chirurgici; il miglioramento consiste nell'effettuare la chiusura con una elevazione sferica su un lato ed una incavatura corrispondente dall'altro.

b) Uno speculum automatico a doccia con manico cavo pel deflusso dei liquidi di irrigazione delle esplorazioni e delle operazioni in posizione dorso pelvica. Lo speculum si mantiene in posto per la sua forma e per la tensione del perineo, la quale si ottiene per mezzo di un vaso sottostante che contiene circa un litro d'acqua: così si può eliminare l'assistente cui si faceva per lo innanzi distendere il perineo.

c) Una tavola laparotomica asettica con disposizione migliorata pel deflusso dei liquidi di irrigazione. Consta totalmente di ferro galvanizzato e di vetro, ed è inattaccabile dal sublimato; due lastre di vetro liscio formano la superficie della tavola, e sull'una giace la paziente col capo e colla parte superiore del corpo; su questa, che non viene bagnata, si tirano i vestimenti onde mantenerli asciutti. La parte inferiore del corpo e la superiore delle coscie giacciono sulla seconda lastra di vetro, e questa permette il libero deflusso dei liquidi da ciascuno dei quattro bordi in un largo truogolo sottoposto. Il truogolo raccoglie i liquidi e li guida per mezzo di un tubo in un grosso vaso sottostante alla seconda tavola. Questa disposizione permette di impiegare liquidi per irrigazione nella quantità voluta senza che si debba preoccuparsi del deflusso e senza bagnare in alcun modo l'operatore, gli assistenti e la paziente. Le lastre di vetro e il truogolo sono mobili per facilitarne la pulizia e per facilitare anche quella del sostegno: la costruzione è veramente semplice e non lascia proprio nulla a desiderare da parte dell'antisepsi.

HERMANN FREUND (Strasburgo). — Dimostra una serie di tagli trasversali di legamenti del bacino normali e patologici; accentua l'importanza dello studio delle alterazioni dei tessuti legamentosi del bacino su tagli orizzontali e verticali.

V. SVIECICKI (Posen). — Raccomanda il suo apparecchio portatile per l'anestesia nel parto con protossido d'azoto ed ossigeno, apparecchio che fu da lui descritto nel *Centr. bl. f. Gyn.* 1888, n. 43, e che fu costrutto da Ash e Sons (Berlino, Jägerstrasse). Con tale apparecchio si ottiene una narcosi comoda, non pericolosa ed adatta alle circostanze.

B. SCHULTZE (Jena). — **Rappresentazione figurata della esplorazione ginecologica.** — Lo S. raccomanda questo mezzo, che viene da lui posto in atto con tavole murali nelle quali il bacino è rappresentato in grandezza doppia del vero, perchè il principiante riconosce assai meglio quanto il dito esplora se viene in ciò aiutato dalla vista, e perchè con tal mezzo anche coloro i quali non possono esplorare, ritraggono vantaggio. — Inoltre egli raccomanda questo sistema

per le comunicazioni scritte o verbali da farsi tra colleghi, e dà alle donne che lo consultano la schematica rappresentazione del suo reperto per norma del medico curante. — Inoltre è notevole il vantaggio che da ciò si ritrae pel giornale individuale del medico, senza contare la maggior correttezza che si ha misurando in centimetri anzichè valutando le grossezze colla comparazione ad una mela, ad un pugno o ad una testa. Si serve abitualmente di tavole litografiche o di un timbro in gomma: raccomanda in ispecie il secondo mezzo per cui si può fissare il disegno in qualunque punto di un giornale, di una lettera, ecc. Parecchie ditte, Waldeck e Wagner in Praga, Härtel in Breslavia, Stromann in Monaco, hanno costrutto tali timbri secondo le idee da lui esposte e grandi circa metà del vero.

Lo S. spiega quindi il modo da lui usato per costruire il suo schema del bacino, le misure sono quelle indicate generalmente come normali con rignardo a quelle di Hermann Meyer; l'angolo del promontorio e la prominenza della vertebra lombare furono dall'A. determinate con misurazioni proprie su cadaveri recenti, le linee di contorno delle parti molli con misurazioni esatte sulla donna vivente.

SIGM. GOTTSCHALK (Berlino). — **Dello sviluppo della placenta nell'uomo** (con dimostrazione di preparati). — Le ricerche si fondano su due uteri gravidi esportati dal Landau il primo al principio del 2°, l'altro alla fine del 3° mese di gravidanza. In ambedue la placenta era inserta normalmente.

1.° *Il primo inizio della placenta al principio del 2.° mese di gravidanza.*

a) L'epitelio della mucosa è scomparso; la parte superficiale della mucosa appare come addentellata in causa della forte proliferazione papillare del tessuto interglandolare.

b) villi e decidua crescono l'uno verso l'altro e si riuniscono in triplice guisa:

1° i villi si mescolano alle rilevatezze papillari della parte superficiale della mucosa, e sono circondati da queste.

2° i villi si inseriscono negli approfondamenti della superficie mucosa.

3° i villi crescono direttamente nelle ghiandole uterine largamente aperte.

c) il legame fra villi e decidua è abbastanza fisso al secondo mese per quanto molti villi liberi giacciano alla superficie: i villi perdono il loro spesso epitelio tostochè si sono approfondati nella decidua.

d) le glandole si dilatano, si distendono e contribuiscono a dare alla serotina un carattere spugnoso; perdono in parte il loro epitelio e la loro parete viene facilmente perforata dai villi.

e) il tessuto interglandolare, nella parte mediana della serotina, dove confi-

nano le ghiandole è molto sottile, tuttavia i punti spugnosi si cambiano con più solidi soltanto dopo che il tessuto deciduale è cresciuto ragguardevolmente formando anche uno strato epiteliale;

f) i vasi:

1° Nella muscolatura sono arterie e vene ragguardevolmente dilatate, le vene più delle arterie: queste hanno una tonaca media molto ispessita: forte neoformazione di vasi; arterie in parte fortemente serpeggianti, vene più parallele alla superficie;

2° Nella serotina:

Le arterie scorrono obliquamente fuori della musculatura montando con avvolgimenti in forma di cavaturacciolo: andando verso la metà della serotina, la tonaca media si perde a poco a poco: da questo punto le arterie sono semplici canali endoteliari, e si allargano nel loro successivo percorso verso la superficie, sicchè nei loro avvolgimenti terminali raggiungono un ingrandimento di sei a dieci volte del calibro iniziale. Sotto la forte pressione sanguigna nel punto di dilatazione massima verso la superficie scompare l'endotelio vasale mentre permane dalla parte uterina. Verso la superficie placentare si trovano adunque vere caverne arteriose in cui possono entrare comodamente i villi che vi si trovano in certo modo tuffati.

I capillari. — Le arterie capillari prendono naturalmente parte alla dilatazione delle arterie e gettano in parte il loro sangue fra i villi, in parte nelle ghiandole viciniori onde gli spazii linfatici vengono mutati in ispazii sanguigni.

Anche i capillari venosi rimangono parzialmente aperti per il distacco dell'epitelio della mucosa, ma non sono notevolmente dilatati: forte neoformazione di capillari venosi, quindi rimangono secondariamente dilatate le vene che, viceversa delle arterie, hanno un ristretto decorso fino circa alla terza parte della serotina dove esse hanno una disposizione trasversale. Le vene non sono dilatate come le arterie.

Alla superficie della serotina vasi linfatici molto dilatati.

I villi sono in certa guisa smembrati ed immersi nelle arterie e nelle vene: dove i villi raggiungono le arterie, il sangue viene in certa guisa a rompersi incontrando nuove strade libere verso le vene viciniori. Tostochè è finita la prima fusione fra i villi e la serotina, questa viene verso tutte le direzioni invasa dai villi, e solo all'orlo della regione placentaria invia al corio germogli deciduali in forma di pennacchio.

2.° *La placenta nel terzo mese di gravidanza.*

a) I villi invadono come una neoformazione la serotina scegliendo le strade che offrono minori resistenze, ghiandole, arterie, vene: i vasi perdono in gran parte

la loro naturale limitazione, i capillari si allargano a mo'di vie arteriose e venose e non son più riconoscibili come tali.

b) Vasi neoformati sboccano in grandi spazii linfatici formati dalla fusione di parecchie ghiandole confinanti; questi spazii sono riempiuti totalmente dal sangue ed anche dai villi, e si differenziano dai veri vasi solo per la loro grandezza, per la irregolare limitazione e per deboli resti di tessuto interglandolare.

c) Il tessuto interglandolare è quasi affatto scomparso e le arterie dilatate e gli spazii venosi ne prendono il posto. Le vene, le arterie e gli spazii ghiandolari confinano quasi immediatamente l'uno coll'altro, ed infine, nei punti di massima vicinanza, vengono a formare una specie di irregolare spazio venoso. Questo spazio si trova per lo più fra il terzo medio ed il terzo inferiore della serotina, in esso sboccano e da esso fuoriescono arterie e vene, conduce adunque sangue misto.

d) I villi crescono traverso le vie venose e ghiandolari fin dentro a questo seno, tostochè vi sono giunti si piegano ad angolo retto, decorrono più parallelamente alla superficie e riempiono tosto tutto il seno sanguigno nella sua larghezza;

e) in causa della formazione di tali spazii sanguigni i tessuti deciduali giacenti fra i vasi vengono separati dal loro fondo materno e si attaccano ai villi fortemente aderenti al tessuto a mo' di isola. Al bordo superiore di queste isole deciduali avviene facilmente separazione di fibrina.

Il sangue scorre intorno a queste isole di tessuto deciduale, e nel corso del successivo sviluppo, le impiccolisce semprepiù: i loro resti si trovano anche nella placenta matura.

I villi che riempiono questi seni sanguigni sembrano entrare a far parte della costituzione dei cotiledoni della placenta matura. I villi degli spazii sanguigni viciniori traversano, crescendosi incontro, il tessuto deciduale che separa gli spazii sanguigni: con ciò i vasi del tessuto interstiziale vengono aperti e si arriva alla formazione dei grandi spazii intervillari estendentisi traverso a tutta la placenta. Gli spazii intervillari non sono adunque altro che gli spazii sanguigni e glandolari materni ingranditi e riuniti.

Coll'ulteriore sviluppo della placenta solo il terzo inferiore della mucosa serve per lo più da serotina: villi isolati crescono a costituire l'adesione fino alla muscolatura.

Al confine della serotina, vera e reflessa, è frattanto cresciuto il setto deciduale del corion; questo forma più tardi sostegno al corion stesso e viene, crescendo da ambe le parti, a costituire la decidua subcoriale.

I villi non derivano quindi dalla serotina, ma al contrario questa dai primi: il residuo spazio intervillare non è identico allo spazio intervillare precedente alla formazione della placenta se anche nel corso dell'ulteriore sviluppo della placenta ambedue questi spazii si possono collegare sempre più strettamente.

Tutta la formazione della placenta avviene adunque internamente alla serotina.

ABEL (Berlino). — **Intorno alla anatomia della gravidanza tubaria con osservazioni sullo sviluppo della placenta umana.** — Si trattava di una nullipara di 21 anni morta in causa di emorragia endo-addominale prima che si potesse eseguire la laparotomia: dodici ore dopo la morte si praticò l'autopsia. La rottura era seguita in uno stadio molto precoce della gravidanza, e la lunghezza della tuba destra, la quale albergava un uovo di 5-6 settimane era di soli 4 cent. 1[2. Per potere esaminare l'uovo *in situ*, la parte contenente gli invogli fetali fu chiusa in celloidina e se ne fecero regolari sezioni.

Dimostrati i preparati, l'A. riunisce i reperti nelle seguenti conclusioni:

1.° L'endometrio al principio della trasformazione consta di una decidua: lo strato compatto (strato di cellule del Friedländer), non è ancora completamente formato.

2.° l'epitelio superficiale della decidua uterina è ancora conservato alla metà del secondo mese per quanto in una forma notevolmente mutata (appiattimento).

3.° la parte della tuba situata esternamente all'ovisacco rimane, nella più parte dei casi, immutata.

4.° nel contorno dell'ovisacco la mucosa tubaria si trasforma in una decidua tubarica vera, sviluppata specialmente ai poli dell'uovo, mentre, lungo il grande diametro, può essere completamente atrofizzata fino alla serotina (atrofia da compressione). L'epitelio superficiale della decidua serotina è scomparso e sostituito dall'epitelio dei vasi sboccanti liberamente. Nella profondità delle pieghe può essere conservato l'epitelio normale della mucosa tubarica;

5.° l'epitelio dei villi coriali è triplice: su un doppio strato epiteliale di origine fetale (ectodermica), trovasi come limite più esterno l'endotelio vasale materno.

7.° gli spazii intervillari sono i vasi materni fortemente dilatati le cui pareti non vengono traversate dai villi coriali.

E. PESTALOZZA (Pavia). — **Rappresentazione grafica dell'impulso cardiaco fetale traverso la parete addominale materna.** — Presenta curve sfigmografiche da lui ottenute in circostanze speciali, le quali curve indicano l'andamento dei moti cardio-fetali nell'utero. Si trattava di una II para con gravidanza gemellare: insorgenza del travaglio 27 gennaio 1889. Durante il periodo espulsivo del primo feto in prima posizione di vertice, fu possibile percepire prima colla ispezione, poi colla palpazione un urto ritmico contro la parete addominale materna, quasi al fondo dell'utero, urto che, affatto indipendente dal circolo della madre, si ripeteva circa 140 volte al minuto. Stabilito che si trattava dell'impulso cardiaco del secondo feto giacente in posizione trasversale e con membrane integre

al fondo dell'utero, si cercò di ottenere la rappresentazione grafica del fenomeno e, con uno sfigmografo, si ebbero le curve presentate. — Già da altri osservatori (Fischl, Fleischmann, Valenta), era stata accennata la possibilità della percezione tattile dell'impulso cardio-fetale traverso la parete addominale materna, ma nessuno aveva utilizzato tale fatto per tracciati sfigmografici. È degno di nota che la curva mostra una irregolare elevazione all'avvicinarsi della contrazione, per riprendere subito dopo questa il decorso regolare come se il polso durante i dolori non fosse influenzato nè in altezza nè in frequenza, fatto che è in palese contraddizione con ciò che si ammette dalla più parte degli ostetrici.

SKUTSCH (Jena). — **Intorno alla misurazione del bacino.** — L'A. esprime la necessità di aggiungere ai metodi in uso di misurazione del bacino la misurazione interna strumentale non solo della coniugata vera, ma, specialmente nei casi di stenosi pelvica, anche del diametro trasversale. Dimostra il più recente modello del suo misuratore interno-esterno. Dopo la prima pubblicazione (*Deut. med. Woch.* 1889, N. 13), vi ha introdotto miglioramenti e semplificazioni. L'istrumento deve misurare secondo il principio into-esterno analogamente a quello di Van-Huevel cui rassomiglia. Ha la forma di un compasso circolare, con una delle estremità, quella da introdursi in vagina, a forma di spatola e totalmente costrutta in acciaio, e coll'altro braccio, eccettuato l'asse, che è pure d'acciaio, costrutto in piombo coperto da un tubo di gomma: un arco di cerchio non graduato riunisce i due bracci, e lo strumento ha una doppia articolazione. La coniugata vera viene misurata in due volte sottraendo il valore ottenuto nella seconda volta (che corrisponde allo spessore della parete pelvica anteriore), da quello ottenuto nella prima; similmente si fa per il diametro trasverso fissando in precedenza un punto all'esterno di una coscia. — Lo strumento è fabbricato da Hermann Härtel, Breslau.

BALANDIN (Pietroburgo). — **Sul meccanesimo del parto e sulla misurazione esterna del bacino sulla vivente.** — Prima di dire qualche cosa sulla importanza pratica dei dati di Skutsch intorno alla pelvimetria, debbo ritornare alquanto sul meccanesimo di Veit e di Zweifel.

Veit nega un meccanesimo all'ingresso pelvico nel bacino normale, mentre al contrario Zweifel lo ammette con tutti gli altri autori. Queste differenze sono possibili soltanto per vedute anatomiche diverse. Se si confronta il bacino qui presente colla sezione di Zweifel, si riscontrano le seguenti differenze: un piano posto traverso la coniugata e l'orlo superiore della sinfisi giace, nel bacino dimostrato, al disopra del diametro trasversale dell'ingresso pelvico e divide d'ambo i lati le palette del bacino quasi all'altezza della cresta iliaca.

Al contrario nella sezione di Zweifel, un tale piano della coniugata è situato in un punto notevolmente più profondo non molto al disopra del diametro trasverso dell'ingresso pelvico e divide in mezzo le palette del bacino a questa altezza.

Nel mio lavoro, pubblicato nel 1883, ho già accennato alla importanza meccanica di due tipi di bacino ad entrambi i quali si conviene il nome di normale: l'uno ha un promontorio, e rispettivamente una coniugata in situazione elevata, l'altro in situazione bassa, e sono chiare le differenze meccaniche che conseguono da ciò. — Nel tipo dove la coniugata è posta in alto esso è importante solo quando sia così raccorciata (bacino ristretto) che il capo fetale non possa discendere liberamente anche utilizzando il diametro trasverso e l'obliquo che sono a questa altezza maggiori.

Nel tipo con situazione più profonda della coniugata, il promontorio sporge fortemente nell'anello osseo del bacino e può anche, data una larghezza normale di questo, inclinare il capo obliquamente; con ciò si può anche comprendere quando esiste un meccanesimo d'ingresso e quando no. Il Veit ha fondato le sue ricerche sulla mancanza regolare di meccanesimo d'ingresso nel bacino normale, sul tipo con coniugata situata in alto e non raccorciata, mentre lo Zweifel ha fondato le sue ricerche sul tipo con coniugata situata profondamente e trova, come tutti gli altri autori, condizioni per un meccanesimo di ingresso. Ambedue le forme si incontrano frequenti; è tuttavia verosimile che il bacino con promontorio basso è più lontano dalla norma perchè nel neonato il promontorio sta molto in alto. Questi fatti chiariscono il perchè le misurazioni pelvimetriche esterne date da Skutsch non possono avere esatta importanza e certezza.

SCHATZ. — **Sulle cause della rotazione del capo fetale intorno all'asse del bacino durante il passaggio traverso alla filiera pelvica.** — Già da un secolo e mezzo dura la divergenza tra gli ostetrici intorno al modo col quale il capo fetale discende lungo il bacino materno: verso la metà di questo tempo, colla spiegazione data da Naegele la questione del semplice « come? » si potè considerare esaurita, astrazione fatta da alcune idee accessorie. I progressi di questi primi 5 anni si possono riassumere nei seguenti nomi:

Fielding Ould, 1742, il quale ammise che il petto del bambino si dovesse trovare verso l'osso sacro della madre, il suo volto lateralmente nel bacino e su questo appoggiata una spalla del bambino stesso: ciò perchè aveva trovato una volta questa posizione del feto in un caso di forte torsione del funicolo e riteneva quindi questa forte torsione come normale. Come causa della rotazione del capo egli ammetteva la congruenza da raggiungersi fra le due forme elittiche del capo e del lume pelvico.

Smellie, 1751, negava la torsione del feto asserendone il capo ed il petto

diretti verso i lati. Entrato il capo nel bacino, i parietali e l'occipite che per lo spazio troppo limitato non potevano più oltre proseguire, rotavano a poco a poco dai lati verso l'innanzi, dove, grazie alla forma particolare del bacino, trovano le minori resistenze. Anche per lo Smellie la congruenza fra il capo e il lume pelvico era dunque la causa principale del meccanismo. Conosceva le due posizioni del cranio coi loro movimenti, ma non le riteneva come normali.

I progressi successivi di Berger (1759) furono fatti conoscere dagli scolari di lui.

Saxtorph, 1771, faceva entrare il capo nel bacino secondo un diametro obliquo ed aveva verificato questo fatto anche con autopsie: questa situazione e la rotazione successiva egli subordinava al suaccennato adattamento fra il capo e la filiera pelvica.

Bang, 1774, giudicava degno di attenzione anche il passaggio delle spalle che egli faceva entrare nel bacino in un diametro obliquo della filiera pelvica perpendicolare a quello retto del capo. All'infuori della direzione obliqua egli giudicava per loro più frequente la trasversale. Ma poichè la loro larghezza ne avrebbe impedito la successiva discesa, così esse dalla forza dell'utero venivano spinte fuori del bacino per le stesse leggi meccaniche del capo secondo un diametro retto e così venivano alla luce. Il Bang non pensava tuttavia con ciò che esse venissero alla luce proprio secondo il diametro retto ma solo approssimativamente, onde: « hunc motum humerorum sequens, caput ita resolvitur, ut facies versus unum matris latus et caput versus alterum oblique deorsum spectet. »

Johnston nel 1769 sosteneva che il capo entrava ed usciva dal bacino in diametro obliquo.

Solayrés de Renhac, 1771 riconobbe pel primo la varietà assai più grande di quella ammessa fino allora, del modo col quale il capo anche normalmente discende lungo il bacino. Le sue specie dal numero 3 fino al 6 sono le presentazioni di vertice distinte posteriormente coi numeri 1 a 4 colla sola differenza che la posizione lungo il diametro obliquo destro in luogo che coi numeri 1 e 3 è contrassegnata coi numeri 3 e 4: le specie 1 e 2 indicavano la prima posizione del capo nel diametro retto dell'egresso pelvico: erano però indicate come assai rare (appena 1 su 20). Non è evidente se Solayrés de Renhac abbia verificato egli stesso questi fatti o se li abbia dedotti dagli studi di Levret. La prima posizione trasversale del capo non aveva riscosso alcuna attenzione: all'incontro la rotazione del capo nel passaggio traverso il bacino e i diversi angoli da essa percorsi (fino ad un quadrante e mezzo) e le di lei frequenti soste prima dell'uscita sono esattamente descritte.

Baudelocque 1781, allievo di Solayrés de Renhac portò a conoscenza universale le vedute del maestro. Egli mutò solo le 6 posizioni del capo in modo che le 1, 2, 4, 5, rispondessero alle posteriori 4 posizioni, mentre la 3ª e la 6ª nel diametro

retto vennero abbandonate come quelle che si riscontravano solo all'egresso pelvico. Più tardi si lasciarono realmente da parte le posizioni 3ª e 6ª e pressochè generalmente si adottarono quelle dall'1 al 4. Tuttavia la Lachapelle introdusse in luogo delle due posizioni del diametro retto, due del diametro trasversale.

Naegele, 1819, attese ad un lavoro non solo accuratissimo ma anche in certa guisa statistico: ridusse le regolari presentazioni di vertice a due (le precedenti 1 e 3), perchè sono senza dubbio le più frequenti dal momento che il capo entra nel bacino colla cosidetta obliquità di Naegele e ne esce secondo un diametro non retto ma lievemente obliquo: descrisse fedelmente il meccanesimo normale e l'abnorme della terza posizione, ed ebbe anche riguardo al passaggio delle spalle. Purtroppo Naegele andò troppo poco avanti coi limiti del normale e non fu molto giusto verso gli altri osservatori. Con lui si chiudeva però dopo una durata di 75 anni il periodo della semplice osservazione e della fissazione del meccanismo. Subentrava la seconda epoca o fisiologica, della quale noi attendiamo tuttora la fine dopo sì lunga durata.

Singole ricerche intorno ai sunnominati osservatori furono già pubblicate, particolarmente per ciò che riguarda l'adattamento del capo ai diametri pelvici.

Già da 20 anni io mi sono occupato di queste indagini storiche, e le mie ricerche sotto il nome di « Tocodinamometro » furono intraprese per precedere la spiegazione del meccanesimo del parto; mi abbisognavano ancora cinque anni per istabilire, in modo così chiaro come per gli oftalmologi le leggi della diattrica dell'occhio, le leggi del meccanesimo, quando pensai di approfittare del presente Congresso per esporre gli apparati di cui mi giovai per le mie ricerche.

È ben lungi da me l'idea di esporre qui tutto il meccanesimo del parto: mi limito alla parte più interessante, che riguarda la rotazione del capo, occipite o mento, verso la sinfisi. Quali cause di rotazione del capo intorno all'asse del bacino furono invocate tutte le parti molli e dure della filiera pelvica ed il capo del feto e sempre ingiustamente. Procedendo dal basso all'alto fu anzitutto chiamato in causa l'elevatore dell' ano di V. Hildebrandt. La sutura sagittale doveva collocarsi parallelamente al diametro ovale del capo fra le due coscie. Ma anche ammessa tale posizione, non si spiega perchè la piccola fontanella ruota all'innanzi anche quando primariamente essa si trova in uno dei quadranti posteriori del bacino: allora la sutura dovrebbe piuttosto ruotare verso l'indietro anzichè verso l'innanzi, ed inoltre la rotazione comincia prima che la sutura possa esplicare la propria azione.

L. Veit ha recentemente invocato muscoli situati più in alto, quali il piriforme e l'otturatore interno dell'ano. Ma anche ammesso meccanicamente possibile questo, perchè ruota il capo in una partoriente i cui muscoli rimangono assolutamente flacidi sia per narcosi sia perchè il parto avviene senza concorso dei muscoli striati? inoltre questi muscoli, situati simmetricamente, possono esercitare

azione unilaterale e quindi non essere causa di rotazione specialmente se è forte la flessione del capo. Frequentemente si è accennato alla forma spirale del bacino in cui il più grande diametro dalla direzione frontale all'ingresso passa alla sagittale all'egresso: questa forma del lume pelvico per quanto si debba ritenere normale nella più parte delle razze umane, tuttavia tecnicamente ed ostetricamente si deve ritenere come abnorme.

Nel bacino rotondo di molte razze umane, la rotazione è la stessa ed avviene forse ancor più esattamente, ed oltre a ciò la piccola fontanella dovrebbe anche secondo questa ipotesi ruotare piuttosto all'indietro che all'innanzi.

Si è energicamente sostenuto causa della rotazione il piano obliquo formato contro l'asse dell'ingresso pelvico dal terzo inferiore del sacro coi legamenti sacro-spinoso e sacro tuberoso. Su questo piano l'occipite fetale, fortemente compresso dalla colonna vertebrale, dovrebbe procedere in basso e perciò ruotare all'innanzi. Ma allora perchè in un modo ugualmente e forse ancor più regolare il mento ruota pure in avanti nella presentazione di faccia per quanto evidentemente esso non debba premere contro questo piano obliquo? In questo caso la fronte che sta più in basso dovrebbe ruotare in avanti. Ed infine questa tesi è anche meccanicamente falsa, perchè l'occipite, che preme anzitutto contro questo piano obliquo, dovrebbe girare rivolto all'innanzi. Se il cilindro fetale nel ricurvo canale pelvico venisse colla sua colonna vertebrale più profondamente compresso che le sue parti residue, allora, per la uguale resistenza nella sezione della filiera pelvica, la colonna vertebrale e la piccola fontanella non ruoterebbero verso l'innanzi, ma verso l'indietro, perchè là potrebbe meglio progredire senza superare resistenza. Coll'idea della pressione della colonna vertebrale del feto si è portato grave danno a tutta la meccanica del parto.

Lahs crede si possa spiegare la rotazione colla pressione generale interna dell'utero. Ma se si introduce un corpo ovoidale in un canale ricurvo con pressione d'acqua, questo si colloca bensì col suo più lungo asse nell'asse del canale ma può prodursi una deviazione dei due assi, frontale o sagittale. Tuttavia non si produce mai una rotazione del corpo ovoide lungo il suo asse massimo, e nemmeno quando si mantiene la direzione sagittale e si manifesta una deviazione frontale. La piccola fontanella non si muove neppure all'innanzi quando lo stesso asse pelvico si è curvato in avanti: solo il capo in toto viene portato in avanti.

Affatto recentemente nel testo di Schröder viene sostenuto che la rotazione del capo è prodotta anzitutto da quella del corpo fetale, e quindi resa più manifesta dalla progrediente retrazione dell'utero in causa della uscita delle acque. Questo non può essere normalmente giusto, ed inoltre la rotazione del capo, essendo ben più grande di quella del tronco, non può essergli secondaria. Senza dire poi che, la retrazione dell'utero, data una situazione primaria del dorso verso l'indietro dovrebbe spingere questo piuttosto verso l'indietro che verso l'innanzi.

Infine questa retrazione non si può comprendere come forza ruotatrice, e dato che lo fosse, perchè la parte podalica che si trova ancora nel corpo uterino roterebbe meno delle spalle che si trovano nel collo?

Qualche cosa di vero avvi nella opinione di Olshausen, il quale riconobbe che il primo movente della rotazione non si deve cercare nel capo fetale, non nella forma particolare del bacino nè nelle sue parti molli, e sopratutto non così profondamente, ma bensì più in alto. Io ho cercato la stessa cosa 20 anni prima, per quanto in modo un po'diverso, nell'altezza delle spalle fetali, e non trovai migliore spiegazione che nell'asse uterino inclinato verso l'indietro contro l'asse dell'ingresso pelvico. Ogni metà della linea innominata formava contro questa una spirale sulla quale scivolando la nuca (nella presentazione di faccia il petto) e con essa la piccola fontanella (il mento), procede in avanti. Questa spiegazione non mi soddisfaceva completamente da principio, e non poteva nemmeno venir mantenuta perchè l'asse uterino non è, come si crede, regolarmente inclinato all'indietro contro l'asse dell'ingresso pelvico. E dopo ciò io, a poco a poco, ho stabilito semplicemente il meccanesimo come segue: Il bacino ostetrico normale non ha, od almeno non ha necessariamente, la forma del bacino femminile caucasico. È, fatta astrazione dalle piccole ineguaglianze, soltanto un canale di lume circolare ed ha l'asse di tale inclinazione che dall'ingresso fino all'uscita dalle parti molli rappresenta la quarta parte di un canale cavo circolare cosicchè il piano dell'ingresso pelvico, con quello dell'egresso delle parti molli forma un angolo retto. Lo stretto del bacino divide il primo ottavo duro del canale circolare dal secondo ottavo carnoso, il quale, solo durante il parto, si spiega a forma di canale mentre in altri tempi serve da chiusura allo stesso.

Ciò che la natura cambia in casi singoli o secondo le razze a questo canale, viene poi nuovamente corretto dalla forma e dalla adattabilità del capo, dall'adattamento delle membrane elastiche ecc. Anche il capo fetale, fatta astrazione da piccole alterazioni di configurazione, si deve considerare semplicemente come un ovoide, il cui lungo asse può di molto differire secondo gli individui. Questa forma ovoide, procedendo in un canale relativamente ristretto, si colloca e procede sempre in una posizione di analogia. Così si comporta il capo e fa l'inclinazione nella presentazione di occipite, l'estensione in quella di faccia e il così detto movimento sinclitico nella progressione, per quanto tutti non con matematica esattezza. Da questa esattezza matematica rimane più o meno lontano parte perchè il bacino non è uno strumento costrutto in modo meccanicamente esatto, parte perchè il capo ed il bacino non si adattano così giustamente in volume come le parti di una macchina esattamente costrutta, parte perchè il capo subisce nei movimenti certi mutamenti di forma. Questa incompletezza di movimento non ci deve però indurre in errore intorno al fine. Questo è che l'ovoide cefalico si collochi per quanto possibile col suo lungo asse nell'asse di quella parte di canale che deve attraversare

Con tale movimento non avverebbe però alcuna rotazione del capo, e perciò il capo ha la proprietà particolare che il collo gli è fissato all'equatore, quindi, per la situazione nel bacino, il più possibile lateralmente ed eccentricamente.

Se in un canale ricurvo si spinge in avanti un corpo ovoide, e se questo corpo ovoide è fissato eccentricamente da un cordone al suo equatore di modo che possa essere in modo assoluto o relativo trattenuto, subentra allora una rotazione del corpo ovoidale e precisamente così grande fino a che la parte trattenuta dell'equatore è giunta nella concavità del canale cavo. In ciò consiste il momento di rotazione che manca appunto quando la parte tenuta indietro dall'equatore si trova esattamente nella parte convessa della sezione sagittale del canale: il collo rappresenta il cordone che inserito all'equatore dell'ovoide cefalico, lo trattiene energicamente. Ma d'onde dovrebbe venire questa forza retro traente del collo fetale? Finora si è sempre ammesso che la colonna vertebrale preme in un modo veramente energico sull'occipite, ed io stesso ho creduto questo e cercai di ammettere tale forza come forma di forza di restituzione; questa forza esiste realmente malgrado tutte le obiezioni sollevatele contro. Se una palla di gomma riempita d'acqua o di aria viene da un bastoncino rigido distesa più che non lo comporti il diametro della sfera, il bastoncino rigido, oltre alla pressione data dal fluido, una altra ne riceve alle due estremità, cioè la forza che cerca di ridare alla palla di gomma la forma primitiva (forza di restituzione). Questa forza si sviluppa senza dubbio anche fra l'utero e l'asse fetale, ma soltanto nel primo tempo del parto cioè per tutto quel tempo nel quale l'utero è più corto del feto che vi si trova compresso. Tostochè però l'utero coll'apertura e col contributo dato dal collo diviene più lungo e più stretto, la lunghezza dell' utero corrisponde a quella del feto; per un certo tempo scompare adunque la forza di restituzione la quale ricompare più tardi in forma contraria. Il canale genitale diviene sempre più lungo ed infine, particolarmente prima dell'uscita del capo dal bacino, così lungo che il feto, malgrado la completa estensione del suo corpo non lo può più seguire. La distanza del vertice dal fondo uterino non è piú di soli 34 centim. come è la lunghezza del feto dal vertice al podice, bensì maggiore, ed il cilindro fetale viene in questo momento compresso piuttosto nella circonferenza che nella lunghezza: allora la forza di restituzione nel senso della lunghezza è divenuta negativa; ciò fa sì che il podice fetale viene stirato verso il fondo dell'utero e le gambe vi vengono ricacciate. Sulla estremità cefalica questa forza agisce nel modo suesposto, mentre il collo fetale la tira e la trattiene all'indietro, e questa non è una semplice ipotesi, ma un fatto provato dal tocodinamometro. Perciò ho introdotto un pallone nel corpo uterino, un'altro nel collo ed ho tracciato per mezzo loro le curve delle contrazioni. Rimane con ciò dimostrato che, durante la forte estensione del feto nel passaggio traverso la filiera pelvica, va perduta una ben più grande forza che non prima della estensione. Questa forza di restituzione negativa è

quella che trattiene in un modo relativo ed unilaterale il collo e quindi il capo alla sua periferia equatoriale. Secondo tale meccanismo il punto di inserzione del collo al capo ruota nella concavità del canale pelvico, quindi dietro la sinfisi: anche nella presentazione podalica il dorso ruota nella concavità del canale in virtù della forza di restituzione divenuta negativa. Per quelli che non si accontentano del tutto di questo, io voglio aggiungere un'altra spiegazione certamente meno esatta che si riduce però allo stesso fatto.

Il grosso capo ovoide e il breve collo insertogli all'equatore, fanno sì che il capo ed il dorso non possono l'uno dietro l'altro entrare nel bacino, secondo una linea retta. Se il capo, non è ancora entrato del tutto nel bacino allora il torace che è a lui congiunto per mezzo del breve collo, si appoggia contro l'ingresso pelvico. Allora, poichè il torace non può entrare nel bacino, trattiene per mezzo del collo anche il capo ma questo soltanto dalla parte della nuca e ciò produce una rotazione del capo stesso tostochè esso procedendo porta obliquamente il suo equatore contro l'ingresso pelvico. Con ciò il punto di inserzione del collo al capo si porta sempre nella concavità della filiera pelvica. Quanto più difficile o quanto meno possibile è il contemporaneo ingresso del capo e del torace nel bacino, tanto più sicuramente avviene la rotazione, dato grosso feto o presentazione di faccia. Ho esposto apparecchi tocomeccanici che dimostrano e chiariscono questi fatti.

A. SABATIER (Lione). — **Bacino con doppia sinostosi sacro-iliaca senza restringimento trasversale.** — L'A. ricorda anzitutto come i dodici bacini finora descritti con doppia anchilosi sacro-iliaca si possano distinguere secondo due forme.

1.° il bacino detto di Robert, originato spontaneamente e caratterizzato da un approfondamento del sacro nell'interno del bacino; questa condizione è determinata dall'atrofia dell'ala del sacro: il peso del tronco preme, durante la stazione eretta, il sacro più e più in basso, i legamenti articolari vengono stirati con violenza, e producono in una seconda fase, per artrite adesiva, l'anchilosi sacro-iliaca, mentre, per causa della atrofia dell'ala si ha un ragguardevole accorciamento del diametro trasverso;

2.° i bacini della seconda forma, o di Robert-Dubois, sono di origine traumatica: fratture del bacino, infiammazioni articolari (per lo più purulente), anchilosi ed atrofia dell'ala, producono, come nel primo caso, un restringimento trasversale: qui il sacro non si approfonda nel bacino, ed una artrite precede l'atrofia;

3.° a questi due tipi descritti devesi aggiungere una terza forma che è rappresentata dall'unico esemplare dimostrato dal relatore, bacino di donna bene sviluppata, con doppia anchilosi sacro-iliaca senza traccia di affezioni infiammatorie; non è dunque affatto un vero bacino di Robert perchè qui non si riscontra alcun

approfondamento del sacro nel bacino, alcuna atrofia sacrale, e quindi anche piccolo accorciamento del diametro trasverso. La forma generale è di bacino simmetricamente ristretto ; le misure dello stretto superiore, anzichè di 11, 12, 13 risultano di 10. 11. 12.

In riguardo al fatto che il sacro, assolutamente di buona forma, ha conservato il suo tipo infantile, e non si è punto incurvato, giudica il S. che l'alterazione appartenne ai primi anni di vita e fu di indole rachitica.

FR. L. NEUGEBAUER (Jun.) — **Una osservazione fino ad ora unica di esostosi del bacino con sinechie utero-sacrale. Contributo allo studio del bacino asimmetricamente ristretto.** — È notevole, come fu constatato da Schroeder, che le lesioni ostetriche delle parti molli materne pertinenti alla parte anteriore del bacino siano assai piú frequenti di quelle alla parte posteriore. Tale fatto fu spiegato dallo Schroeder ammettendo una peritonite locale adesiva primitiva, la quale cela facilmente talune lesioni. Egli, sezionando una puerpera che in un altro parto aveva riportato una fistola vescico-vaginale da lui operata, trovò le cicatrici di una lesione delle parti molli situate fra l'utero e la parete posteriore del bacino formatasi contemporaneamente alla fistola e contemporaneamente pure una esostosi del bacino di 1-1 1[2 cent., e questa esostosi dava l'impressione di essere come dovuta a trazioni. Il N. in seguito a lunghe osservazioni può assicurare della giustezza di tali vedute di Schroeder. Fino ad oggi non fu data ancora una etiologia precisa intorno alla formazione delle esostosi promontoriali perchè si faceva attenzione solo al bacino secco senza curarsi delle parti molli ad esso pertinenti. Egli trovò in una donna morta a 57 anni nell'ospedale di Gesù in Varsavia un reperto fino ad ora unico: l'utero atrofico, stretto e sottile era situato ad una altezza assolutamente abnorme ed era ugualmente antiflesso a punta; la cervice era legata al promontorio da un tessuto cordiforme il quale, coperto da una duplicatura del peritoneo, divideva la tasca del Douglas in due metà; questo nastro partiva dalla punta di una esostosi del promontorio che in forma di spillo si protendeva all'infuori per circa un centimetro.

Dopo l'apertura della cervice si trovò un coloboma mediano (labbro leporino) del labbro posteriore e circa due centimetri al disopra del bordo libero di questo una profonda depressione dal cui fondo sortiva il cordone cicatriziale. Il N. ritiene che non l'esostosi abbia determinato l'alterazione cervicale, ma viceversa la esostosi sia stata secondaria alla lesione cervicale che aveva avuto luogo nel primo parto di questa donna molti anni prima in questo modo: Coniugata vera 9 cent., durante il parto lacerazione perforante del labbro posteriore, usura o ruttura del peritoneo della tasca di Douglas, peritonite locale primaria riparativa e saldatura della tasca di Douglas sulla linea mediana. In seguito alla involuzione uterina ed

alla gravitazione dei visceri, antiflessione dell'utero in causa di peritonite parziale adesiva e trazione intensa sul promontorio il cui risultato era stato una esostosi stalattiforme.

Simili casi, non confermati però dalla autopsia, furono osservati dal Breisky e dal Franque. Altro caso con esostosi promontoriale nel quale durante il parto contemporaneamente ad una fistola vescico-vaginale se ne era formata una retto-vaginale fu osservato dal N. nel 1889 nella raccolta del prof. Slawiansky in Pietroburgo. L'A. vorrebbe ascrivere ai gruppi delle deformazioni atipiche del bacino il ristringimento atipico imbutiforme, i tumori ossei, le fratture delle ossa del bacino ed infine l'usura perforante e la lussazione intrapelvica della coscia per carie.

NEUGEBAUER Jun. (Varsavia). — **Suicidio di una gravida mediante salto dal terzo piano.** — Si tratta di una fantesca che, gravida nel nono mese, gettandosi da un terzo piano battè sul suolo colla metà destra del tronco, col ginocchio e col gomito destro. Ebbe subito forte emorragia dalla bocca, dal naso e dall'occhio destro, il naso restò contuso; portata, priva di coscienza, all'Osped., si fece diagnosi di frattura del cranio. Il N. chiamato dopo 4 ore dal fatto la trovò in agonia, senza polsi; potè tuttavia avere due volte una risposta monosillabica, poi la coscienza non tornò più. Istituita allora la diagnosi della età della gravidanza, si riconobbe che la porzione vaginale era succulenta, normale, permeabile, non tese le membrane, non riconoscibile parte presentata nè, in causa della forte distensione delle pareti, effettuabile con vantaggio la palpazione addominale. Respingendo il parto forzato, non possibile perchè la morte poteva seguire di minuto in minuto e il collo non aveva subìto alcuna preparazione, si doveva valutare se più conveniente fosse il parto cesareo sulla morente o sul cadavere; scelto quest'ultimo partito, si ottenne, come era prevedibile, dall'operazione un feto morto, con larghe ferite lacere al cubito ed al ginocchio destro e contusioni multiple. Importante assai era il fatto che l'utero lacerato aveva lasciato passare il feto nella cavità addominale, e con questo tutto il cordone, metà della placenta lacerata ed una buona parte delle membrane ovulari. Tale distacco della placenta, avvenuto evidentemente al momento del colpo, era stato la causa diretta della morte del feto, la quale del resto aveva avuto anche altre cause; la inspirazione del liquido sanguigno versatosi nel peritoneo ed una frattura raggiata del cranio. I tentativi di rianimarlo furono adunque inutili.

Interessanti furono ancora due cose: 1.° che alla autopsia i polmoni galleggiarono per quanto la insufflazione fosse stata fatta da bocca a bocca senza cannula tracheale; 2.° lo stato di rigidezza tetanica del cadavere e finalmente la posizione di flessione di tutte le articolazioni delle estremità tanto superiori che

inferiori. Tale stato di rigidezza tetanica doveva essere insorto coi primi tentativi inutili di respirazione fatti dal feto il quale trovavasi in presentazione di natiche nel momento in cui erano avvenute contemporaneamente in causa del colpo la contusione della parete addominale materna, del cranio fetale e della parete uterina situata fra di loro come pure la lacerazione della placenta.

Nel giorno 9 gennaio (due dì dopo la morte), il N. sezionando il bacino e la colonna vertebrale, trovò ciò che cercava da 10 anni, cioè una frattura recente dell'arco dell'ultima vertebra lombare, nella sua regione interarticolare destra. (Vi erano sei vertebre lombari di cui l'ultima saldata per mezzo della sua apofisi trasversa destra all'ala del sacro, disposizione che aveva diminuito od abolito la mobilità fisiologica di questa vertebra sull'osso sacro e favorito quindi la frattura tripla constatata all'autopsia). La frattura della porzione interarticolare era dovuta ad una considerevole esagerazione sotto l'influenza del colpo, della lordosi lombare normale, ed all'azione su quest'arco dell'apofisi articolare inferiore della vertebra situata al disopra; frattura dell'apofisi spinosa della antipenultima vertebra lombare. Questo esempio di frattura della porzione dell'arco detta interarticolare, appartiene a un tipo considerato da molti autori come puramente immaginario; l'A. invece, di cui sono note le laboriose ricerche su tutto quanto concerne lo scivolamento vertebrale, accorda a questa lesione una importanza etiologica considerevole. E secondo lui buon numero di casi di scissure interarticolari e quindi di olilelistesi sopravveniente in ragione alla predisposizione al scivolamento creata da queste, debbono direttamente la loro origine ad una frattura dell'arco dovuta ad una iperflessione all'indietro della colonna lombare prodotta in seguito a caduta sulle natiche od agli sforzi fatti nel sollevare gravi pesi. L'A. finisce chiedendosi se in simili casi un intervento più pronto ed attivo non potrebbe eventualmente salvare una o due vite.

KÜSTNER (Dorpat). — **Comunica un caso non ancora osservato di amputazione per opera del cordone amniotico.** — In questo caso si riscontrò alle nove dita ed a ciascun dito grosso del piede l'amputazione di una o più falangi; il neonato, per quanto assolutamente sano, appariva alquanto gonfio nel viso, particolarità questa, che scomparve completamente nel secondo giorno di vita.

L'A. mostra la placenta e, colla scorta di questa e di disegni, prova che in questo caso le amputazioni sono dovute alle crepature dell'amnios nel primo periodo fetale, stiramento di tutto l'amnios, ad opera del corion fino alla inserzione placentare del funicolo e al contorcimento di questa pelle stirata intorno al cordone rimpicciolito. Questo cordone si è attorcigliato intorno alle estremità del bambino causando le amputazioni. Si tratta insomma di una particolare guaina spirale sviluppatasi intorno alla inserzione del funicolo; su questa si riscontrano forma-

zioni a guisa di bacca che si devono indubbiamente ritenere corrispondenti alle dita amputate. A tale attorcigliamento spirale dell'amnios intorno alla inserzione del funicolo ed alla conseguente compressione dei vasi funicolari, attribuisce il K., la gonfiezza osservata nel volto del bambino.

Forse da questa compressione si deve concludere che, sino al parto, ebbe luogo una parziale adesione del cordone amniotico coi monconi residui della amputazione, ed in favore di questa ipotesi depone il fatto che, sulla mano destra si osservano cicatrici ancora recenti.

Tale situazione dell'amnios ebbe luogo presumibilmente alla fine del secondo od al principio del terzo mese di gravidanza, ed infatti, secondo l'anamnesi, si avrebbero avuti a quest'epoca i sintomi di un inizio di aborto.

Preparati microscopici mostrano che in questo caso le membrane ovulari constano solo della decidua e del corion, mancando completamente l'amnios.

AUVARD (Parigi). — **Del tamponamento endouterino.** — Preconizzato da Dührssen nel 1887, questo consiste, secondata la donna, nel fissare ed attirare il collo uterino verso la vulva e, coll'aiuto di pinze o colle dita, riempire tutta la cavità uterina con garza iodoformica al 20 p. 0[0. Si lascia in posto il tampone per 24 ore, poi si ritira facendo trazioni sulla estremità della striscia che sta alla vulva. Il primo e più completo lavoro al riguardo data dal 1889: in questo il Dührssen, riunisce 65 casi con 6 morti di cui 3 per anemia e sincope, uno per setticemia, uno per tubercolosi, questi due ultimi non imputabili al metodo, il che dà una mortalità del 6 p. 0[0; inoltre in tre casi il tamponamento era stato fatto troppo tardi. Da ciò risulta:

1.° che il tamponamento è un mezzo emostatico senza pericolo.

2.° che è un mezzo emostatico potente nelle emorragie post partum.

3.° che merita di essere provato, impiegato e probabilmente adottato nella pratica ostetrica.

AUVARD (Parigi). — **Sulle cure da prestarsi alle mammelle.** — L'A. comincia a far notare che, nell'allattamento, debbono preoccupare tre cose: la donna, la mammella, il capezzolo.

Parla poi brevemente delle due prime e si estende a proposito della terza proponendo la sua *tettarella biaspiratrice*, colla quale si può, durante la gravidanza preparare e rafforzare il capezzolo, e dopo il parto, favorire l'allattamento durante i primi 15 giorni almeno, per evitare la formazione delle ragadi.

WINTER (Berlino). — **Cura dell'aborto.** — La terapia dell'aborto ha preso in questi ultimi anni un indirizzo attivo perchè l'estrazione asettica e completa del-

l'uovo abortivo assicura un puerperio apiretico ed una buona involuzione uterina. Intorno al danno della ritenzione della decidua vera le opinioni sono divise: Brennecke, Heinricius, Dührssen ritengono che emorragie successive, alterata involuzione ed endometriti ne siano la conseguenza, e ne chiedono per principio l'estrazione. Schroeder, Winckel, Olshausen ritengono per dati anatomici e clinici possibile la restitutio ad integrum. La questione non è ancora decisa, e per potervi rispondere si deve sapere se la donna era sana prima dell'aborto, quali parti dell'uovo furono espulse, ed infine si deve sorvegliare lo stato delle donne parecchi mesi dopo l'aborto.

In siffatta guisa, sotto la direzione del Winter, furono esaminati anatomicamente dal Puppe di Berlino 100 casi di aborto e fu studiato lo stato delle donne.

I casi in cui la decidua vera era stata totalmente espulsa diedero un puerperio normale: il flusso lochiale durava circa 8 giorni e la prima menstruazione, di solito alquanto più abbondante, subentrava per lo più dopo 4 settimane: i tributi mensili successivi seguivano senza disturbi; su nove casi fu osservato un concepimento.

Il secondo gruppo raccoglie quei casi (15) in cui la decidua vera rimase nell'utero o vi fu lasciata con intenzione: il dito, dopo l'espulsione dell'uovo abortivo, doveva accertarsi che la decidua aderiva ancora alla parete uterina: in puerperio non fuoruscirono pezzi di decidua: il flusso lochiale durò una volta due ed una tre settimane, del resto fu normale. Le prime regole per lo più alquanto più profuse, le successive normali e sempre al giusto periodo: in 4 casi di gravidanza nei primi mesi.

Da ciò emerge con sicurezza che la ritenzione della decidua in una donna del resto sana non cagiona alcun disturbo e che l'endometrio riacquista in breve la propria funzionalità.

Nella maggioranza dei casi della pratica, una parte della decidua vera fuoriesce coll'uovo, una parte rimane aderente alla parete uterina, ed in questi casi la terapia consiste nel distaccare solo i pezzi ondeggianti della decidua abbandonando quelli della vera solidamente aderente. In 30 casi il flusso lochiale durò per lo più 8 giorni, non alterato nè misto a pezzi di decidua. La quantità ne era esigua, la menstruazione ritornò per lo più dopo 4 settimane prima profusa, poi di quantità e periodo normale: in 12 casi la gravidanza, era subentrata già nei primi mesi.

Nel 38 0[0 dei casi di ritenzione parziale e totale della vera era subentrata la gravidanza, mentre dopo la completa sua ablazione solo il 6, 29 0[0 delle donne erano divenute gravide.

Perciò si deve riconoscere che la ritenzione della vera non ha su donne sane alcun effetto sfavorevole quanto al decorso del puerperio, ma che anzi ripristina rapidamente l'endometrio alla normale attività.

Ciò malgrado è noto che conseguono spesso all'aborto emorragie e metriti. Il W. credeva anzitutto che di ciò potesse essere causa l'aborto colla decomposizione locale delle parti ovulari, ma ricerche esatte hanno dato che anche qui subentra un puerperio normale e non consegue alcuna malattia. Perciò il W. visitò 20 donne venute all'ambulatorio per emorragie post-abortive, e trovò che in tutti i casi l'aborto (per lo più a due mesi di gravidanza), era decorso normalmente. L'esame microscopico diede che in 5 casi erano stati ritenuti villi coriali, in altri decidua in grande quantità ed a diversi stadi regressivi. La causa più frequente delle emorragie post-abortive pare sia la ritenzione della vera dopo l'aborto normale nei primi mesi, ed il W. crede precisamente che siano pezzi a metà staccati quelli che restando adesi all'interno dell'utero lo disturbano nella sua involuzione. L'allontanamento di questi pezzi non deve mai essere trascurato.

DÜHRSSEN (Berlino). — **Dimostrazione di un caso di incisione profonda del collo e di uno della vagina e del perineo.** — Il primo caso riguarda una primipara di 23 anni presso la quale il D. fu chiamato per eclampsia. La donna era già al nono attacco; l'orificio esterno dell'utero ammetteva il dito, la parte sopravaginale era dilatata, la testa all'ingresso vaginale. Riuscì facile dopo sei incisioni profonde sul collo, incisioni che andavano fino al punto di inserzione della vagina, di condurre con trazioni la testa fino al perineo e di farla sortire coll'aiuto di una piccola incisione praticata su questo. Dopo il parto vi furono due attacchi: il puerperio fu normale; il bambino, nutrito alla mammella, si trova in ottimo stato. Le due prime incisioni laterali fatte sul collo, non si sono riunite cicatrizzando. Questo fatto dimostra che in tutti i casi dove v'è pericolo per la madre e pel feto, come nell'eclampsia, il parto deve essere tentato subito, perchè è possibile senza pericolo per la madre e pel feto e, quand'anche l'orificio esterno del collo sia ancora completamente chiuso, perchè il parto possa aver luogo, basta che la porzione sopravaginale del collo sia dilatata.

Nel secondo caso si tratta di una primipara di 46 anni di cui il bambino ben portante, viene nutrito alla mammella. Il D. chiamato 12 ore dopo la rottura delle membrane trovò l'utero strettamente rinserrato sul feto, procidenza di un braccio e presentazione irregolare del cranio.

Alla parte superiore della vagina trovò un restringimento che non potè dapprima superare colla mano, dovette fare tre incisioni nei bordi dell'orificio dell'utero per vincere la resistenza. Aggiunse una incisione sulla vagina e sul perineo dal lato destro perchè coi primi tentativi di introdurre tutta la mano, aveva lacerato la colonna vaginale posteriore e perchè non credette possibile l'estrazione senza una lacerazione più grande. Il passaggio del feto in vagina fu reso allora facilissimo: dopo di aver rimesso in posto il braccio che era procidente, il che fu alquanto difficile, la mano potè superare il punto ristretto e fece la versione.

L'estrazione fu facile salvo pel cranio grosso e duro; il feto, in istato di morte apparente, fu richiamato in vita dopo un'ora, pesava 3750 grammi. L'incisione perineo-vaginale fu suturata col catgut nella metà superiore, col crine di Firenze nella inferiore dopo di avere tamponato, per frenare l'emorragia, tutto il canale utero-vaginale con garza sterilizzata imbevuta in soluzione fenica 3 0[0. Guarigione per prima intenzione, puerperio normale.

Il D. è convinto che in questo caso, se non avesse inciso la vagina ed il perineo, non avrebbe potuto ottenere un feto vivo; questo fatto dimostra che, nelle primipare attempate, se la rottura delle membrane è avvenuta da qualche ora, si deve tentare subito il parto e fare come fu detto.

Questi due fatti mostrano che in casi dove si facevano prima operazioni gravi, embriotomiche ed anche cesaree (Halbestema), si può senza pericolo ottenere un feto vivo; l'A. dice che unica condizione necessaria per potere eseguire il suo metodo (incisione del collo, della vagina e del perineo) è la dilatazione della parte sopra-vaginale del collo.

CALDERINI (Parma). — **Parto prematuro artificiale** (Estratto dalla dissertazione storica, riguardante l'Italia, presentata su questo tema al Congresso).

I. Nell'interesse del bambino si deve astenersi dalla provocazione del parto prematuro nei bacini rachitici con coniugata vera inferiore a 75 mm.

II. Nei bacini ristretti non rachitici, premesse le regole precauzionali antisettiche, si provochi il parto prem. fino a C. V. di 85 mm. e anche più in casi speciali.

III. La mortalità dei bambini prematuri può venire diminuita mediante cure opportune.

IV. Le cautele antisettiche hanno fatto del parto prematuro artificiale un potente mezzo terapeutico in molte malattie complicanti la gravidanza.

V. I migliori mezzi di provocazione del parto sono le irrigazioni calde fatte coll'aiuto delle consuete cannule vaginali e dello speculum di Fergusson e la introduzione di una candeletta fino al fondo dell'utero: in casi di malattia sarà utile unire ai metodi suesposti la puntura delle membrane.

Tabella comparativa dei risultati delle operazioni usate in Italia nei casi di stenosi pelvica.

Operazione.	N. dei casi.	Mortalità materna.		Mortalità fetale.	
1. Rivolgimento	65	3	4.30 0[0	20	32.20 0[0
2. Forcipe (S. S.)	193	14	7.25 »	45	23.31 »
3. Perforazione	144	20	13.88 »	—	—
4. Taglio cesareo (Porro).	59	19	32.20 »	9	15.51 »
5. » » (Sänger)	23	10	43.47 »	2	8.69 »
6. Parto prem. art. . . .	305	4	4.59 »	82	26.88 »
7. Sinfisiotomia	23	3	13.04 »	5	21.74 »

Risulta che la mortalità materna cresce dal rivolgimento al parto prematuro artificiale, alla sinfisiotomia, al forcipe, alla perforazione, alla operazione di Porro ed a quella di Sänger mentre la fetale aumenta dalla operazione di Sänger a quella di Porro, al parto prematuro artificiale ed al rivolgimento.

In conseguenza di ciò, nelle stenosi pelviche con C. V. sotto 75 mm. si praticherà il parto prematuro artificiale se la madre viene alle nostre cure in tempo giusto, e se ciò non è, il rivolgimento, preferibilmente col metodo bipolare.

Nell'interesse del bambino dovrebbesi intraprendere il taglio cesareo, ma, astrazione fatta da altre considerazioni, la mortalità materna è ancora troppo grande per questa specie di intervento operativo per dargli la preferenza sugli altri, la cui tecnica può venire ancora migliorata.

DOHRN (Königsberg, *correferente*). — Nelle gravide con bacino mediocremente ristretto (C. V. 7-8 cm.), si deve considerare il parto prematuro artificiale come il mezzo più conveniente perchè il di lui valore non è scosso dai risultati recentemente migliorati del taglio cesareo e della perforazione.

I. Risultati pei bambini:

271 parti prematuri artificiali diedero 163 = 60. 1 p. 0[0 bambini vivi;

171 parti a termine delle stesse madri diedero 50 = 29. 2 p. 0[0 bambini vivi.

II. Risultati per le madri:

318 parti prematuri artificiali diedero 16 = 5 p. 0[0 casi di morte;

215 perforazioni diedero 12 = 5. 6 p. 0[0 casi di morte;

23 tagli cesarei (Leopold) diedero 2 = 8. 6 p. 0[0 casi di morte.

Bambini salvi 86 p. 0[0.

Discussione: Saenger (Lipsia). — Dice che la mortalità del 43 p. 0[0 della statistica italiana del Calderini riguardo al taglio cesareo, non deve spaventare alcuno; il numero totale dei tagli cesarei fatti colle moderne regole oltrepassa ora il 250 con una mortalità di circa 22 p. 0[0: si deve però guardare di più alle singole statistiche: vi figurano il Leopold con 42 casi e 4 morti, lo Zweifel con 22 casi ed una morta, il Schauta con 15, il von der Mey e lui stesso ciascuno con 7 casi e senza morti, quindi una mortalità di poco oltre il 5 p. 0[0: per tali risultati si deve pensare, nell'interesse del bambino, ad una certa limitazione del parto prematuro artificiale a favore del taglio cesareo.

Uno sguardo alla tavola del Dohrn ci apprende che i risultati pei bambini sono ancora oggi quasi tanto cattivi quanto prima: devesi adunque nella indicazione relativa del taglio cesareo tener conto di quei casi in cui, col parto prematuro artificiale si otterrà difficilmente un bambino vivo, quindi particolarmente dei più alti gradi di stenosi pelvica in cui la provocazione del parto prematuro artificiale è ancora concedibile, senza contare che il taglio cesareo viene senza

dubbio opportuno quando il giusto termine pel parto prematuro artificiale fu oltrepassato, e che esso diventa l'operazione conveniente quando uno o più parti prematuri diedero bambini morti o troppo deboli, quindi non vitali.

Löhlein (Giessen), — Si è d'anno in anno sempre più convinto dell'alto valore del parto prematuro artificiale in bacini di 7-8 cent. di C. V. Si oppone all'idea che i favorevoli risultati del taglio cesareo vengano a limitare l'indicazione del parto prematuro artificiale. Tuttavia il parto cesareo verrà a diminuire gli aborti artificiali e le operazioni embriotomiche sul feto vivo o non sicuramente morto: provoca preferibilmente il parto prematuro nella 35ª - 36ª settimana anzichè nella 34.ª e la mortalità materna fu per lui = 0: anche i feti furono per la più gran parte conservati in vita, grazie sopratutto alla buona volontà delle madri.

Fehling. — Su un numero di oltre 60 parti, ebbe circa l'80 p. 0[0 di bambini dimessi viventi senza un sol caso di morte della madre. Se il Sänger fa cattivo pronostico dei bambini dimessi viventi dopo il parto prematuro perchè sono « frutti delle cliniche » la stessa cosa può dirsi pei bambini ottenuti con parto cesareo e può avvenire per essi ciò che avviene il più delle volte pei feti delle nubili che ricorrono per la 2.ª o la 3.ª volta alle cliniche, dei quali, non solo il 50 p. 0[0, ma bensì il 70 o l'80 non è più in vita dopo un anno.

L'oratore vuole invece schiarire alcuni punti della tecnica e trovar modo di evitare le infezioni secondarie: perciò appoggia in ispecie quei mezzi che agiscono fuori della cervice la quale si deve prima disinfettare completamente. Raccomanda in modo particolare il tamponamento colla garza iodoformica secondo Hofmeyer, o il colpeurynter cervicale di Barnes modificato da lui i quali si applicano entrambi collo speculum di Sims.

Purtroppo il tamponamento colla garza jodoformica non agisce in modo sicuro e, mentre talvolta subentrano pronti i dolori, tal altra si fanno aspettare più giorni: ma appena si sia ottenuta una dilatazione della cervice di uno a due dita, si faccia il rivolgimento su di un piede col metodo di Braxton-Hicks: con ciò si ovvia nel miglior modo al pericolo della debolezza delle contrazioni, la quale tanto facilmente, durando a lungo, dà luogo ad endometrite sub parto e quindi ad applicazioni di forcipe od a rivolgimento con cattivi risultati pei feti.

B. Dobronravow (Kiew). — 1.° Pel retto giudizio della questione sulle indicazioni ed i metodi della provocazione del parto prematuro artificiale, è più giusto fondare la propria opinione non su molti casi osservati superficialmente ma su casi singoli osservati invece con ogni esattezza.

2.° Si deve essere assai cauti nella valutazione delle stenosi pelviche non controllate da esperti medici per non essere indotti a false conclusioni.

3.° Non è attualmente possibile una esatta valutazione dei diametri; la

differenza di mezzo centimetro nelle misure esterne e di uno nella valutazione della coniugata interna deve essere sempre tenuta presente.

4.° Già nei pelvimetri che si vendono comunemente si riscontra non di rado una differenza di 0. 5.

5.° La impossibilità di misurare matematicamente il bacino, di valutare la misura ed il grado di ossificazione del capo e la forza delle contrazioni, ci rende impossibile di valutare esattamente il momento nel quale si deve provocare il parto.

6.° In causa dei dati suesposti non è possibile fare una prognosi assolutamente esatta su tale operazione.

7.° Perciò in vista dei risultati attualmente più positivi dati dalle laparotomie dove si riscontrano circostanze favorevoli riguardo all'ordinamento, al personale ed all'abitudine, si dia al taglio cesareo col metodo conservativo la preferenza sul parto prematuro artificiale.

8.° La tesi suesposta non è però evidentemente dappertutto accettabile in causa de' suoi postulati.

9.° I bambini nati avanti la 34ª settimana possono essere conservati in vita solo in circostanze eccezionalmente favorevoli.

10.° I metodi di provocazione di parto mediante preparazione colle doccie di Kivisch e con mezzi che rammolliscono il collo si avvicinano maggiormente ai metodi naturali, e preparano quindi nel miglior modo un parto regolare.

11.° Malgrado che con la provocazione artificiale di parto prematuro si possano incontrare le complicazioni più gravi, la maggior parte dei casi sfavorevoli dei precedenti operatori non dipese da tali complicazioni.

12.° Non è dubbio che non poche di queste madri morirono dopo il parto per infezione contratta durante il parto.

13.° Nella operazione del parto prematuro artificiale, il forcipe, in causa della sua azione comprimente, appare, quando usato con criterio, mezzo di salvezza per ambedue le vite.

14.° Ugualmente nel bacino ristretto con feto mobile il rivolgimento colla successiva estrazione del capo mediante pressione esterna, metodo raccomandato da Winckel, appare quale mezzo spesse volte sicuro.

BALANDIN (Pietroburgo). — **Sulla questione del parto prematuro artificiale.** — L'A. fonda le sue conclusioni su un gran numero di parti da lui sorvegliati o diretti fra i quali si contano solo 43 casi di morte mentre alcune volte l'operazione su una sola persona dovette essere intrapresa 2 o 3 volte.

Il metodo usato consiste in bagni generali, tricotomia, disinfezione dei genitali esterni e dei contorni, doccie o solo iniezioni (a 27° R.), con acido fenico o sublimato durante 3 o 4 giorni 3 o 4 volte al giorno (negli ultimi anni solo un giorno

con sublimato 1:4000 poi acido borico 4 p. 0[0, 2 p. 0[0), nei casi protratti solo due iniezioni boriche al giorno come pure dopo ogni esplorazione. Gli strumenti si introducono nell'utero coll'aiuto dello speculum di Sims, previa accurata lavatura al sublimato del canale cervicale: le candelette vengono poste per 48 ore prima dell'uso in sublimato 1:500 e quindi riempite con sublimato 1:1000 e chiuse con turacciolo disinfettato dopo che furono accorciate corrispondentemente alla lunghezza dell'utero; vengono introdotte fino oltre l'orificio interno, onde, nel caso che fuoriescano alquanto, appoggiano contro la parete vaginale posteriore. I tamponi non furono ritenuti necessarii e, per la puntura delle membrane: furono adoperate soltanto sonde metalliche bene disinfettate di diverso calibro.

Si usarono precipuamente i metodi più noti; candelette e puntura delle membrane. Come operazioni ausiliarie servirono le doccie, le iniezioni fra l'utero e l'uovo (soluzione borica al 2 p. 0[0 od acqua pura sterilizzata a 29.° R.) ed elettricità. Altri metodi, a sua idea non perfettamente asettici, non furono usati.

Il più gran numero dei casi non mostrò, dopo l'applicazione della candeletta reazione alcuna, i dolori durarono talvolta molti giorni, spesso furono deboli e in molti casi non si mutarono affatto in veri dolori espulsivi.

Già nel principio del 1886, l'A. aveva mostrato alla Società Medica di Mosca-Pietroburgo, candelette che, senza alcuna reazione ed alcun danno per la madre e per il feto, erano rimaste nell'utero 11 giorni senza provocare il parto che fu poi determinato dalla puntura delle membrane.

Ora egli possiede anche due candelette delle quali una rimase nell'utero due, l'altra 4 settimane con effetto negativo. Quest'ultimo caso riguarda una gravidanza complicata a mioma nella quale, dopo questo tempo, si finì col ricorrere al parto cesareo.

Qui, oltre alla candeletta, si erano tentate inutilmente le iniezioni fra l'utero e l'uovo e solo dopo queste si ebbero lievi elevazioni termiche fino a 37.6.

Esposti quindi alcuni casi di provocazione di parto prematuro artificiale colle osservazioni che vi si riferiscono, l'A. trae da' suoi dati le seguenti conclusioni:

1.° Il parto prematuro artificiale, quando venga praticata rigorosa antisepsi, è una operazione favorevole per la madre e pel bambino.

2.° Considerando però la difficoltà della determinazione del tempo, della esecuzione della operazione, del decorso facile a protrarsi si deve dire che il parto prematuro artificiale, in confronto con altri atti operativi, non è di molto facile esecuzione.

3.° Il più grave pericolo pel bambino consiste, come è noto, riguardo alla madre, nella sepsi: parallelamente al miglioramento delle cautele antisettiche ed asettiche migliora pure la prognosi pel feto. Malgrado il decorso che spesso si protrae, malgrado i frequenti interventi operativi complicanti, non solo aumenta il numero dei bambini nati viventi, ma anche la loro energia vitale.

4.° Si hanno, secondo le esperienze dell'A, due sorta di uteri: rigidi e molli: i primi sono più facilmente eccitabili. In taluni casi i dolori espulsivi subentrano molto tardi e talvolta non affatto, ed allora l'utero deve essere evacuato senza troppo attendere per mezzo di operazioni complementari.

5.° Il decorso assolutamente apiretico del parto e del puerperio è importante per la questione della autoinfezione.

AUVARD (Parigi). — **Sullo sminuzzamento della testa fetale.** — Il bistorì tende a prendere in ostetricia un posto sempre più grande: dato un insuperabile ostacolo all'estrazione di un bambino vitale, si va attualmente trascurando più e più il frazionamento del capo per ricorrere alla laparotomia, ed anzi alcuni ostetrici ritengono che questa verrà a sostituire l'altra completamente.

Io però non sono di questo avviso e, quali che siano i recenti progressi della laparotomia, ritengo che la embriotomia non iscomparirà dalla ostetricia, dovesse essa limitarsi ai feti morti od a bacini di 5-9 cent., casi questi tutt'altro che rari. Tuttavia, è lungi da me l'idea di stabilire qui le indicazioni relative della embriotomia e laparotomia: mi limito a descrivere il processo embriotomico che io ritengo migliore.

Fra gli strumenti immaginati per la frantumazione e l'estrazione del capo, più importanti sono le tanaglie, le quali sono di tre specie:

a) quelle per l'interno del cranio,

b) quelle miste o cranioclastiche,

c) quelle esterne o per la compressione del capo fetale.

Poichè le prime furono abbandonate, resta a parlare degli strumenti delle altre due specie, quindi dei cranioclasti e dei cefalotribi.

Non dobbiamo dimenticare che si tratta di rompere e di estrarre il capo; ora, uno degli strumenti suaccennati, il cefalotribo, è buon frantumatore ma cattivo estrattore, viceversa l'altro, il cranioclaste, è un cattivo frantumatore ma un eccellente estrattore. Ambedue gli istrumenti, riunendo insieme le loro qualità, potrebbero dare uno strumento perfetto. Seguendo tale idea, io ho fatto costruire *l'embriotomo cefalico combinato* che rappresenta l'unione dei due istrumenti. L'A. descrive e mostra a questo punto il suo embriotomo che in complesso non è altro che il cranioclaste modificato Braun-Auvard coll'aggiunta di una terza branca femmina che serve, insieme al cranioclaste chiuso, a dare a tutto lo strumento una forma che ricorda quella del cefalotribo: le esperienze già fatte provano che esso è un buono strumento, meritevole di conciliare le simpatie e la preferenza tanto dei sostenitori del cranioclaste quanto di quelli del cefalotribo.

FEHLING (Basilea). — **Essenza e cura della osteomalacia puerperale.** — L'A. ricorda anzitutto la gravezza della prognosi dei casi di osteomalacia puer-

perale; la massima parte delle pazienti periva in seguito ad operazioni ostetriche gravi o per lenti processi di tabe, onde, dopochè l'amputazione utero-ovarica di Porro aveva aperto una nuova strada, era giustificata l'idea che, anche astrazion fatta da altre considerazioni, l'asportazione delle ovaie si dovesse ritenere come un metodo terapeutico.

Perciò, da tre anni e mezzo, l'A. ha eseguito la castrazione in nove casi di osteomalacia; delle nove operate, ne perdette una per stenosi intestinale in causa di adesione dell'intestino all'utero che era stato fissato alla parete addominale, le altre ebbero normale convalescenza e sono durevolmente guarite. L'età delle pazienti oscillò tra 28 e 51 anni; per lo più avevano numerosa prole, e la massima durata della malattia raggiunse i 13 anni. L'etiologia della malattia fu sempre assai oscura, l'esame delle orine non apportò alcun risultato, essendochè esso fu talora positivo talora negativo riguardo alla presenza di esigue quantità di sali di calce e di fosforo. L'esame delle ovaie estirpate in riguardo ai bacterii e l'esame del sangue furono del pari negativi, onde, mentre prima l'A. era inclinato ad ammettere la natura infettiva della malattia specialmente in riguardo alla sua manifestazione endemica, ora dopo i risultati operativi, non è più di tale avviso.

La diminuita alcalescenza del sangue attestata da von Jaksch fu riscontrata in taluni casi, non in altri; era diminuita l'alcalescenza nei casi di cachessia, fatto già riscontrato da Jaksch per numerose malattie acute e croniche, e l'esame del sangue di una stessa ammalata prima e dopo l'atto operativo, quindi anche dopo la guarigione, non rivelava alcuna diversità nella alcalescenza, onde in questa non si doveva e non si poteva trovare alcun momento etiologico della malattia.

Così pure non si può considerare come fattore di guarigione l'artificiale sterilità della donna, ma bensì l'ablazione delle ovaie, chè si videro donne in cui da 4 ad 8 anni non erasi verificata alcuna gravidanza, guarire rapidamente colla castrazione. Importanti per la giusta valutazione della malattia sono da ritenersi:

1.° L'aggravamento delle sofferenze pel fatto della mestruazione.

2.° La meravigliosamente rapida decrescenza dei dolori dopo l'operazione, e precisamente la dolorabilità delle coste e dello sterno scompare circa tre giorni prima di quella del bacino.

3.° All'enorme accrescimento di vasi venosi ed arteriosi delle ovaie, dilatati come in gravidanza, attribuisce l'A. un momento causale della malattia; le ricerche macro e microscopiche eseguite fino ad ora su tali organi non hanno rilevato alcun che di particolare nè nel parenchima nè nel tessuto connettivo, mancano però tuttavia le ricerche comparative.

4.° La meravigliosa fertilità delle donne osteomalaciche nei casi dell'autore raggiunse all'incirca 5.4. — Nei casi di Baumann 6.8. — Nei casi di Rosenträger 8.2, e per contro in altri casi di taglio cesareo 3.7. — Fertilità approssimativa in Germania 3.9.

Questa aumentata fertilità, risponde ad una aumentata attività funzionale dell'ovaio, perchè anche a malattia manifesta, la frequenza della gravidanza rimane ancora molto notevole. L'A. ritiene adunque causa del processo morboso la attività patologicamente accresciuta delle ovaie. Nasse ha riconosciuto dopo la sezione dell'ischiatico una diminuzione della sostanza organica delle ossa e ciò induce a far pensare ad una irritazione riflessa dei nervi dilatatori dei vasi ossei, conseguenza della quale viene ad essere una iperemia statica delle ossa conducente ad un aumentato assorbimento dell'osso già formato.

In seguito alla castrazione cesserebbe la irritazione dei nervi vaso-dilatatori, quindi, contrazione dei vasi e guarigione. Perciò l'oratore ritiene infine l'osteomalacia come una nevrosi trofica riflessa del sistema osseo, e stabilisce per essa una analogia collo struma del morbo di Basedow. Spera che i successivi risultati della operazione di Porro o della castrazione condurranno alla soluzione dei quesiti che ancora rimangono dubbiosi.

E. TRUZZI. — **Sulla castrazione nella osteomalacia. Due casi di osteomalacia operati di castrazione.** — Venne pubblicata la memoria in esteso nel fascicolo di novembre 1890.

J. BALANDIN (Pietroburgo). — **Cura operativa di una grossa deiscenza della cicatrice dopo il taglio cesareo.** — Il B. operò da oltre tre anni di taglio cesareo col metodo di Sänger una donna molto rachitica con bacino totalmente ristretto.

Il decorso dell'operaz. fu affatto normale, e la cicatrice delle pareti addominali estendentesi da sotto dell'ombellico al disopra della sinfisi, rimase alquanto sottile. Dimessa la paziente con una buona ventriera, dopo tre mesi la parete addominale e la cicatrice erano sufficentemente solide: partita per la campagna non si lasciò più vedere per un anno e mezzo, sostituendo anche la ventriera con una semplice fasciatura. Quando si presentò, si notava una completa deiscenza della cicatrice dall'ombellico alla sinfisi con uno sventramento corrispondente, onde, in vista dei risultati non totalmente soddisfacenti dati dalle operazioni non esenti da pericolo, eseguite abitualmente in simili casi, il B. tentò il seguente mezzo, che riuscì abbastanza bene, per procurare una naturale chiusura della parete addominale:

Divise la cute ad un cent. e mezzo circa d'ambo i lati dell'addome fino alla muscolatura, e collocò da ambo i lati tre strati di sutura in modo che, sulla pelle molto assottigliata dell'ernia si formassero due strati cutanei colla sottoposta più o meno spessa parete muscolare.

Il primo strato riuniva con catgut la cute rivolta verso la cicatrice; il se-

condo strato, con seta, riuniva ambe le parti cutanee e i muscoli senza comprendere il peritoneo: il terzo strato stringeva con seta lo strato cutaneo soprastante. Chiusa la sutura, si notò forte tensione al disopra della sinfisi, si applicò una fasciatura serrata con cerotto col metodo di Hegar e quindi un bendaggio circolare attorno all'addome. Guarigione rapida, salvo piccole ulcerazioni in causa della forte tensione: nel punto dove attualmente si vede una deiscenza alquanto grande, rimase una scopertura grande un po' meno di un mezzo tallero, del resto il nuovo mezzo di sostegno si mantenne abbastanza solido. Le parti cutanee affrontate secernono e vengono quotidianamente lavate con un catetere che si introduce liberamente fra di esse. La donna, dimessa con una buona ventriera, andò alla campagna, vi stette per nove mesi e ritornò gravida al 5.º L'addome, non molto disteso mostra la nuova cicatrice non troppo tesa e solo la scopertura accennata al disopra della sinfisi è divenuta grande come un doppio tallero. È per ciò che in vista dell'allargamento della cicatrice che consegue ancora frequentemente alla laparotomia, e dei metodi in uso non sufficienti e non senza pericolo, l'A. ritiene si debba attribuire un certo interesse operativo al nuovo metodo, in cui il buon risultato fu solo svantaggiosamente influenzato dalla gravidanza.

HALBERTSMA (Utrecht). — **Del taglio cesareo nella eclampsia.** — È generale l'opinione che la prognosi della eclampsia è pessima quand'essa si manifesta avanti il parto: secondo Schauta su 42 casi di eclampsia prima del parto la mortalità per le madri fu di oltre il 50 p. 0[0, pei feti quasi 42 p. 0[0; secondo Stumpf, che curò le sue pazienti con narcotici e bagni caldi, la mortalità (su 25 casi 20 erano di eclampsia in gravidanza), fu del 17 p. 0[0 per le madri e del 77 p. 0[0 pei bambini; tre donne morirono senza sgravarsi.

Per quanto fu sopra esposto, e stimolato inoltre da un caso di eclampsia in cui non subentravano contrazioni, nonchè dalla migliorata tecnica del taglio cesareo, l'autore fu indotto a praticarlo nella eclampsia coll'intento di salvare madre e bambino.

In tutto fin'ora fu praticato in Olanda sei volte il taglio cesareo nella eclampsia. Solo in un caso nel quale l'operazione fu intrapresa nell'ultimo stadio e non fu posta sutura, la donna morì: dei sei feti ne morì uno solo partorito al principio dell'8.º mese lunare. Particolarmente interessante fu in questi casi l'influenza favorevole sulle convulsioni; su tre casi nei quali le convulsioni erano violente fino al parto, in uno solo seguirono ancora attacchi leggieri: l'operazione non solo non occasionò nuovi attacchi, ma pose prontamente fine a quelli in atto. Infine l'emorragia, la quale ordinariamente nel parto cesareo è più abbondante che nei parti normali, ed in un caso fu tanto grave che, anche qualche tempo dopo il parto il polso era impercettibile, non ebbe alcuna influenza sfavorevole anzi ne ebbe vero-

similmente una favorevole. Il Veit dice che non si dovrebbe perdere alcuna donna per eclampsia, mentre ne perdette due egli stesso, e ciò induce secondo l'A. a far pensare coloro che sono esclusivamente partigiani delle grandi iniezioni di morfina. Se l'operazione cesarea sia particolarmente pericolosa durante la gravidanza, lascia l'A. indiscusso per quanto egli inclini a credere che non lo sia: di 10 casi operati in Olanda durante la gravidanza, due soli, di Traube, morirono. Tuttavia si dovrà sempre valutare se convenga espletare il parto con metodi operativi meno gravi della sezione cesarea riservando questa ai casi nei quali la porzione sopravaginale non è ancora scomparsa o si riscontra viziatura pelvica.

Da quanto fu detto emerge però sicuramente che noi, anche nei casi più gravi possiamo salvare madre e feto; fino ad ora non abbiamo alcuna esatta indicazione riguardo al tempo durante il quale si possa continuare coi narcotici e coi bagni caldi prima di venire alla operazione cesarea, ma l'A. opina che una terapia attiva ed energica salverà, oltre le madri, anche molti bambini: inoltre scemerà il pericolo di successioni morbose gravi come gli infarti polmonari, dal momento che la ritenzione delle orine e le convulsioni dureranno meno: anche se le convulsioni non cesseranno del tutto dopo il parto, non è dubbio che lo svuotamento dell'utero non debba avere una favorevole influenza sullo stato generale.

Le conclusioni dell'oratore sono le seguenti:

1.° Nella eclampsia alla fine di gravidanza od al principio del parto devesi attuare più spesso una terapia operativa non pericolosa insieme a quella coi narcotici e coi bagni caldi.

2.° Nei casi più gravi, come nella completa anuria, si dia mano anche, ove abbisogni, alle operazioni più gravi.

3.° Non si lascino morire le donne senza sgravarle.

FRITZ FRANK (Köln). — **Sul trattamento del moncone nella operazione Porro.** — L'operaz. Porro non è sempre trascurabile perchè in casi complicati offre maggiori garanzie che non il metodo conservativo per la salvezza della madre. Mentre il metodo conservativo deve essere rigorosamente completato, nella tecnica della operazione di Porro sono necessari pochi precetti e la preferenza deve darsi anche in questo caso al metodo più facilmente eseguibile, più breve, che difende meglio da successioni morbose e che risana la paziente nel tempo più breve. A questi postulati risponde secondo il F. nel miglior modo la inversione del moncone (*Centr. bl. f. Gyn.*, 1881, N. 25), studiata da lui con ricerche sui cani. E sui 6 casi operati dal giugno 1888 al marzo 1890 da lui e dal suo assistente dott. Beaucamp, egli fonda la sua pratica. I primi due casi furono esposti dal dott. Beaucamp nell'*Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, i 4 ultimi vennero esposti nella Società Medica di Colonia e saranno pubblicati.

L'A. parla quindi delle semplificazioni del metodo e, secondo lui, praticata la castrazione si potrebbe incidere l'utero in alto, riunire gli orli con forti legature di seta e per mezzo di queste, passate in vagina, invertire tutto l'utero amputandolo poi previa l'applicazione di laccio elastico. Sul cadavere di una cretina con bacino imbutiforme fortemente ristretto morta di eclampsia breve tempo dopo il parto prematuro al 7.° mese, l'utero già fortemente contratto, si lasciò in questo modo invertire senza difficoltà.

Le conclusioni dell'A. sono le seguenti:

1.° il metodo dell'inversione riunisce la sicurezza della cura extraperitoneale del moncone colla guarigione rapida e l'eleganza della cura intraperitoneale. Su 6 casi vennero salvate 11 vite, risultato assai favorevole quando si pensi che fino ad ora tutti i casi di taglio cesareo con affondamento del peduncolo finirono colla morte. Dopo 14 giorni o 3 settimane le pazienti possono venire dimesse con una semplice cicatrice laparotomica.

2.° il moncone invertito si reinverte a poco a poco da solo: al 12° o 14° giorno si sente di nuovo la porzione vaginale.

3.° Non fu in alcun caso osservata emorragia successiva: questa verrebbe esclusa praticando l'inversione di tutto l'utero coll'applicazione a permanenza del tubo in vagina dopo l'amputazione.

4.° il pericolo di infettare colla vagina il peritoneo durante l'inversione è esiguo se si riuniscono tutti i fili in un nodo che si stringe con una molla, la quale viene dall'alto guidata in vagina e trattenuta da un assistente.

5.° l'inversione non offre difficoltà alcuna anche ad orificio uterino non completamente aperto se si pensa che non solo si può usufruire delle trazioni dal basso, ma anche delle pressioni dall'alto.

CALDERINI (Parma). — **Due tumori interessanti.** — 1.° Tumore dell'ovario complicante la gravidanza, tumore assai mobile e posto ora all'innanzi ora all'indietro dell'utero; ovariotomia in gravidanza, parto normale, a termine.

2.° Mioma del collo complicante il parto, enucleazione *sub parto*, andamento regolare.

V. OTT (Pietroburgo). — **Legge della periodicità della funzione fisiologica nell'organismo muliebre.** — Signori! Niuna funzione dell'organismo umano ha dato luogo a tante ipotesi quanto il processo della emorragia menstruale che si manifesta entro un determinato ciclo di tempo in ogni donna sana. Per quanto la massima parte di tali ipotesi si debba riconoscere come ingegnosa, bisogna pur dire che nessuno ha chiarito sufficientemente ciò che riguarda la menstruazione della donna, come ciò che riguarda la perdita di sangue

negli animali durante il periodo del calore. Se io oggi mi permetto di esporre a questo riguardo le mie idee, non è per lanciare una nuova ipotesi, ma sì bene per segnare quella strada seguendo la quale siamo riusciti a trovare fatti nuovi, strada che, in un tempo non lontano, ci condurrà alla giusta spiegazione di quanto concerne il processo menstruale. Le ricerche di cui noi dobbiamo parlare, riguardano non immediatamente il flusso sanguigno, ma quel processo vitale che si esplica nella donna durante tutto il periodo menstruale; queste manifestazioni si possono dire concomitanti. Tuttavia io voglio lasciar da parte la ben conosciuta eccitabilità, la nervosità e i fatti di ugual natura che si osservano più o meno facilmente in tutti i periodi menstruali, e parlare soltanto di quei sintomi che si possono accertare con metodi rigorosamente scientifici. Abbiamo oggi esatte ricerche sulla temperatura, sul polso e sulla pressione sanguigna (C. Reinl, Repreff, v. Ott), le quali concordemente assicurano che la attività dell'organismo raggiunge il suo massimo prima della menstruazione, e decresce col principio di essa od immediatamente prima. Le curve sfigmografiche, la forza muscolare e la secrezione urinaria soggiacciono a quanto pare, alle medesime variazioni (Goodmann, Stephanson, Mary, Jakoby, Rabuteau). È in riguardo alla notevole importanza di tali circostanze che io invitai il dott. Schichareff ad intraprendere sotto la mia direzione nuove ricerche sui fatti concomitanti la menstruazione ed a controllare le preesistenti. Oltre alla temperatura, al polso ed alla pressione sanguigna (misurata collo sfigmomanometro di von Basch), furono istituite nuove esperienze riguardo alla irradiazione calorifica, alla forza muscolare, alla capacità polmonare, alla forza inspiratoria ed espiratoria come intorno al modo di comportarsi del sistema nervoso per ciò che concerne il tempo di reazione ai riflessi tendinei. Per le ricerche furono scelte donne sane che si sottoposero ad uguali circostanze e le ricerche, durate talvolta fin tre periodi menstruali, si fecero sempre nelle ore mattutine esaminandosi in tutto 57 donne durante 68 periodi mestruali.

Le ricerche sulla irradiazione calorifica (4 donne, 10 periodi menstruali) furono eseguite col termofugoscopo di Aruchem sempre allo stesso punto del petto: valutammo la forza muscolare (16 donne, 20 periodi mestruali), alle due mani per mezzo del dinamometro di Collin (con due indicatori) la capacità polmonare e la forza delle escursioni respiratorie furono determinate collo spirometro di Hutchinson e col pneumatometro di Waldenburg.

Il tempo di reazione dei riflessi tendinei (4 donne, 4 periodi menstruali) fu valutato per mezzo dello speciale martelletto del dott. Douill (Comptes rend. des Séances et mémoires de la Société de biologie, 1882, p. 595), la costruzione del quale è basata sul fatto che, al momento in cui il martello vibra il colpo, la corrente galvanica del martello comincia ad agire per la chiusura che si effettua per la forza del colpo; il tendine fu percosso sempre colla stessa forza in un punto segnato colla anilina sul tendine rotuleo.

Riunendo ora tutti i risultati riguardo alla attività dei singoli organi e sistemi, troviamo che la energia delle funzioni dell'organismo muliebre aumenta prima dell'inizio della menstruazione e per contro diminuisce immediatamente prima od al principio della perdita sanguigna; tuttavia la eccitazione del sistema nervoso raggiunge il suo punto massimo proprio durante la menstruazione, e questo pure avviene per la irradiazione calorifica; quest'ultima manifestazione è solo una eccezione apparente, perchè è in diretta relazione colla pressione sanguigna, la quale alla sua volta deriva dal grado di dilatazione dei vasi periferici. Ora, poichè nel periodo mestruale la pressione sanguigna si abbassa fortemente ne deriva che la irradiazione calorifica viene aumentata. Perciò le idee pubblicate in quest'ultimi tempi da von Godmann, Reinl e da altri autori riguardo al modo di comportarsi delle funzioni dell'organismo muliebre durante il periodo menstruale, si possono innalzare al grado di legge fisiologica.

Perchè tuttavia i fatti suaccennati abbiano il loro completo fondamento e il nesso della legge della funzione periodica dell'organismo muliebre colla menstruazione si possa completamente valutare, si deve ancora studiare se le modificazioni accennate siano autonome o derivino dal processo menstruale.

È tuttavia comprovato da numerose ricerche che nelle fanciulle da 8-13 anni, quindi non ancora menstruate, e nelle donne da 58-80 anni, quindi oltre l'età critica, non avvengono in niuna guisa le variazioni del polso, della pressione sanguigna e della temperatura alle quali fu accennato più sopra. Concludendo adunque, io dico, o signori, che mi chiamerei fortunato se, da quanto ho esposto, ne venisse un eccitamento ad ulteriori indagini in proposito; una attenta osservazione dei fatti suesposti permetterebbe di fondare una legge che io vorrei si chiamasse: « Legge della periodicità delle funzioni fisiologiche nell'organismo muliebre. »

BOLDT. — **Contributo allo studio della mucosa normale dell'utero.** — In numerosi esami microscopici, l'A. ha fatto una serie di constatazioni interessanti che egli riassume come segue: tutte le ghiandole otricolari tanto del collo che del corpo dell'utero, sono accompagnate da uno strato di fibre muscolari liscie che affettano una disposizione reticolare. Questi tratti muscolari hanno delle connessioni coi fasci muscolari della parete uterina e cogli elementi muscolari che sono disseminati nel tessuto linfoide della mucosa. I muscoli glandolari acquistano il loro massimo sviluppo a livello della zona intermediaria alla mucosa ed alla musculosa, vanno diminuendo sempre più verso la superficie della mucosa. Tuttavia essi accompagnano le glandole fino a livello del loro orificio escretore. Il loro compito fisiologico consiste verosimilmente nel facilitare lo svuotamento dei prodotti di secrezione nella cavità dell'utero.

ARENDT (Berlino). — **Sul potere contrattile dell'utero e nella sua importanza pratica.** — Lievi eccitazioni dell'utero e la semplice esplorazione determinano contrazioni dell'organo: eccitazione più viva (massaggio, pressione), provocano contrazioni più energiche. È anzitutto la parete posteriore che si fa più sferica, poi l'anteriore: si ha diminuzione dell'organo in lunghezza, aumento, benchè poco marcato, in larghezza e spessore, quindi cambiamento di dimensioni di forma, di consistenza. La durata e l'energia della contrazione dipendono dalle qualità del tessuto uterino. Si può utilizzare il risveglio artificiale delle contrazioni nel trattamento della metrite cronica, dell'endometrite, dell'iperemia uterina, della subinvoluzione, della stasi venosa e di alcuni casi di retroflessione.

VUILLET (Ginevra). — Mostra una serie di modelli della cavità uterina presi sulla vivente dopo dilatazione dell'utero; — il suo metodo serve a scopi diagnostici e terapeutici:

1.° Si può spinger tant' oltre la dilatazione da ispezionare l' interno della cavità uterina.

2.° Il metodo permette di mantenere la dilatazione tanto a lungo quanto si desideri se non è possibile di istituire prontamente la diagnosi.

Come mezzo terapeutici:

1.° Rende possibile il tamponamento che assicura il drenaggio della cavità uterina, ed è specialmente consigliabile nelle forme infiammatorie croniche e nei catarri.

2.° Con ciò la mucosa uterina è facilmente curabile con lavature, applicazioni di polveri, striscie di garza, raschiamento, cauterizzazione. Usa estesamente il V. la dilatazione dell'utero nell'endometrite cronica e nel carcinoma inoperabile.

3.° Estese dilatazioni dell'utero permettono l'incisione di miomi intramurali e favoriscono la loro espulsione o mobilizzazione per le vie naturali.

4.° Il tamponamento dell'utero dilatato può essere impiegato con successo nelle flessioni. Le adesioni dell'utero si possono togliere col metodo di Schultze introducendo il dito nella cavità dilatata: tamponando poi si può ripetere l'operazione chè l'apertura permane.

5.° L'effetto emostatico del tamponamento è manifesto sia nelle emorragie da mioma, sia in quelle post partum.

DÖDERLEIN (Lipsia). — **Sulla cura della retroflessione col massaggio.** — L'A. dimostra il suo metodo di cura della retroflessione col massaggio, metodo assai più semplice di quello di Thure Brandt e che raccomanda particolarmente nelle retroflessioni del puerperio.

TEODORO LANDAU (Berlino). — **Osservazioni sul metodo di Thure-Brandt.** — Dopo di avere insistito sui vantaggi di questo metodo quando non fosse che dal punto di vista della esplorazione medica, l'A. dice che l'uso paziente e metodico di esso gli ha permesso di rilevare fatti fisiologici e patologici nuovi, degni di essere segnalati.

Quando si è appreso a ben palpare ed a riconoscere come l'utero si contrae allo stato normale, si può, dalla qualità e dall'energia delle contrazioni, concludere che talvolta si ha a fare con un mioma, tal'altra con un processo metritico. Nel primo caso l'utero si contrae irregolarmente, nel secondo nulla affatto. Il mutamento che subiscono certi prodotti patologici è rimarchevole, e i frequenti cambiamenti di posizione dell'utero sono abbastanza noti. Presso qualche malata si percepisce talvolta a ciascun lato dell'utero un sacco resistente, dopo qualche tempo una semplice tasca floscia perchè la quantità del liquido è diminuita. Più tardi la resistenza appare; vi è là una curiosa alternativa di replezione e di evacuazione.

Il metodo di Thure Brandt, studiato a fondo e metodicamente applicato permette di stabilire il diagnostico in casi ove non sarebbe stato possibile con altri processi di esplorazione; non è dubbio che la nostra opinione sull'eccellenza del metodo di esame combinato ha fatto alquanto ritardare il nostro progresso nella conoscenza della fisiologia e della patologia degli organi genitali della donna.

Discussione: Skutsch non vede nel metodo di Thure Brandt, come processo di esplorazione, altro che perfezionamenti accessori; è d'avviso che si può sottometterlo ad uno studio più completo, ma che non si potrebbe consigliarlo in tutti i suoi dettagli come metodo di pratica generale.

Kugelmann tiene il massaggio per un « modo di onania », consiglia contro gli essudati parametritici l'oppio per via rettale (0. 06, 0. 12), dose da rinnovarsi ogni due ore.

MORE MADDEN (Dublino). — **Cura della dismenorrea.** — Parla della frequenza della dismenorrea per cervicostenosi, colle conseguenze di sterilità ecc. Accenna alle spugne compresse di Simpson e di Sloan, alle laminarie di Hegar, Duke e Lawson Tait, quindi parla di un suo istrumento per ottenere senza pericolo la dilatazione rapida e permanente del canale cervicale. Tale strumento, composto di due branche, è fatto in modo che la dilatazione dell'orificio interno segue a quello dell'esterno e che questo viene, contrariamente ai processi fino ad ora in uso, dilatato meno dell'altro. Inoltre ha il vantaggio di poter essere impiegato anche per la dilatazione dell'uretra.

MORE MADDEN (Dublino). — **Cura della cistite nella donna.** — Fra tutte le malattie che si riscontrano in ginecologia la cistite è la più frequente e più ostinata. È per ciò che desidera di esporre il metodo che a lui ha dato clinicamente i migliori risultati.

I mezzi usati di solito non sono che palliativi e il metodo proposto da Emmet (riposo assoluto della vescica per mezzo di una fistola vescico-vaginale) non è comodo nè scevro di pericoli. Egli dilata l'uretra in modo da produrre una temporanea incontinenza, poi tolto il dolore per mezzo di una soluzione di cocaina, cura direttamente la mucosa vescicale applicando una soluzione di acido fenico in glicerina; questo procedimento deve essere ripetuto uno o due volte a distanza di 10 giorni combinando, per più rapido effetto, l'uso contemporaneo interno di acido borico.

APOSTOLI (Parigi). — **Sulla corrente galvanica in Ginecologia.** — La corrente galvanica è specialmente indicata nelle endometriti e nei fibromi. Migliora i disturbi circolatori, allevia i dolori (amenorrea, dismenorrea, metrorragie), arresta lo sviluppo dei neoplasmi benigni ed aiuta l'assorbimento degli essudati periuterini. Esercita azione risolutiva su molte infiammazioni periuterine e su talune infiammazioni catarrali come la salpingo-ooforite È inutile ed in alte dosi dannosa contro le infiammazioni purulente degli annessi in ispecie se si usa ininternamente all'utero il polo negativo. Quanto maggiore è la infiammazione degli annessi, tanto meno la corrente galvanica viene sopportata, e ciò è mezzo diagnostico prezioso.

Le forti applicazioni galvaniche impiegate in varia guisa oltre 50 M. A. formano la base del metodo di Apostoli.

Se l'applicazione vaginale galvanica (metodo creato da M. Chéron pei fibromi e seguito poi da A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Mundè ecc.) dà dei risultati, essi sono inferiori a quelli delle applicazioni endouterine che debbono restare il metodo di scielta.

a) Perchè esse utilizzano il maximum della corrente e della sua energia.

b) Perchè utilizzano l'azione antisettica del polo positivo che è tutta locale.

c) Perchè esse mettono spesso a contributo l'azione derivativa e caustica della applicazione endouterina trattando al tempo stesso sia l'endometrite semplice sia quella che complica sì spesso i fibromi e le flegmasie periuterine assicurando una guarigione più rapida, più completa e più permanente.

d) Perchè meglio della applicazione vaginale permettono, attenuando il dolore, l'applicazione di corrente più forte e più efficace.

L'inocuità del metodo risulta dalle 11499 applicazioni fatte da lui dal Luglio 1882 al 1890 su 912 ammalate con 3 soli casi di morte imputabili ad errori

di diagnosi. Ha osservato 30 casi di gravidanza sopravvenuta dopo applicazioni galvaniche endouterine.

DANION (Parigi). — **L'impiego endouterino della corrente galvanica per la cura dei miomi è un errore scientifico.** — L'A. ritiene che questo modo terapeutico riposi su false teorie, sopratutto perchè non si può accettare come per la galvanopuntura che l'azione del polo positivo sia emostatica ed oppostamente quella dell'altro polo, e perchè solo pochi punti della mucosa uterina vengono in contatto della corrente, la cui azione sulla mucosa stessa riesce dunque illusoria.

L'A. stesso ha ora proposto un nuovo metodo di cura elettrica che chiama « metodo del tampone elettrico e della inversione della corrente. » Consiste in un tampone di spugna che, inumidito con acqua salata, viene spinto contro il collo: allora fa agire una corrente elettrica di 70 a 150 M. A. da 3 a 6 minuti, quindi cambia la corrente, e con questo essa rimane momentaneamente interrotta: questo cambiamento di corrente viene fatto due o tre volte.

Come vantaggi di questo metodo l'A. cita la mancanza di dolore, il rapido rimpiccolimento dei tumori, la mancanza di emorragie successive, il riordinamento della mestruazione, il rapido ristabilimento delle pazienti.

Finora ha già eseguito su 100 donne circa 2000 volte il suo metodo.

GAUTIER (Parigi). — **Cura dei fibromi uterini e della salpingo-ooforite suppurativa colla corrente costante.** — Ecco le conclusioni dell'A.

1.° Da otto anni egli prende parte ai tentativi di applicare l'elettricità in ginecologia: gli è quindi facile di farsi un'opinione sui perfezionamenti del metodo Apostoli di cui fu il primo assistente.

2.° La guarigione sintomatica dei fibromi è in rapporto colla intensità elettrica utilizzata, intensità proporzionale alla tolleranza variabile delle ammalate; il polo positivo è senza contestazione, oltre 100 M. A. emostatico ed antisettico, l'azione locale è secondaria quando l'azione interpolare è più efficace e indispensabile ad utilizzare; questa azione interpolare sui fibromi giustifica la galvanocaustica intrauterina e sopratutto la galvanopuntura che è il processo di elezione perchè abbrevia la durata del trattamento, aumenta la regressione dei fibromi e diminuisce le recidive.

3.° Rammenta la sua antica statistica di 67 casi (memoria letta all'Accademia di Medicina di Parigi, aprile 1890) e riporta 28 casi nuovi, facendo osservare che le sue malate furono curate meno a lungo, che i primi risultati furono più rapidi, che la guarigione sintomatica si mantiene e che in due casi masse enormi di fibromiomi sottoperitoneali diminuirono di 1[3 e che queste due ma-

late dopo 6 e 12 sedute con 2 galvano-punture per ciascuna poterono riprendere i loro lavori faticosi e star bene. Ricorda che il polo positivo produce nell'utero cauterizzazione completa della mucosa che dissecca e che l'esame microscopico dopo l'isterectomia dimostra che a corrente molto forte (100 M. A.) la mucosa sola è interessata da queste cauterizzazioni.

4.° Nelle ovaro salpingiti suppurate non consiglia che la galvanocaustica chimica negativa a debole intensità, da 20 a 80 M. A. Le sue ammalate in numero di 8 avevano consultato i chirurghi che unanimi consigliarono la laparotomia. Sotto l'influenza galvanica la suppurazione e i dolori diminuirono: tali risultati però, siccome non remoti, non gli permettono di portare conclusioni.

5.° In riassunto si appoggia ad una pratica già lunga per dare la preferenza alla galvanopuntura come trattamento di elezione dei fibromi, che bisogna utilizzare con una antisepsi perfetta, e per condannare le applicazioni extrauterine che riposano su una teoria falsa e danno risultati illusorii.

SPANTON (Hanley Inghilterra). — **Sulla elettrolisi nella cura dei tumori uterini.** — Secondo l'A. il trattamento elettrico col metodo Apostoli riduce il volume dei tumori uterini, sopprime le emorragie e toglie i dolori indotti dai tumori; comunica molti casi in cui ha ricorso a correnti di 100-250 M. A. In qualche caso il tumore disparve completamente e il ritorno alla salute fu perfetto.

LEOP. MEYER (Kopenhagen). — Ha pure, in modo generale, ottenuti buoni risultati dal trattamento dei fibromi per mezzo della corrente galvanica. Questi risultati sono sopratutto sintomatici. Finisce con un ringraziamento all'Apostoli per lo sviluppo che seppe dare a questo modo di terapia ginecologica.

E. NOEGGERATH (Niesbaden). — **Cura delle cisti ovariche colla corrente indotta.** — 1.° La corrente impiegata è in certo modo quantitativa, cioè il filo indotto è abbastanza forte, come lo è per lo più negli apparecchi di induzione più spesso usati.

2.° Il polo negativo della corrente secondaria viene, in forma di una spugna umida fissata ad una impugnatura isolata, introdotto in vagina, mentre il polo positivo in forma di placca grande quanto il palmo della mano (elettrode-spugna umida) giace sul ventre.

3.° La corrente è solo forte tanto da essere percepita dall'ammalata; la durata della seduta dev'essere di un minimo di mezz'ora e nel corso della cura si prolunga a più di un'ora. Bastano tre applicazioni in una settimana. La cura continua finchè si sia notata ragguardevole diminuzione (6-8 settimane), poi si aspetta l'azione lontana del trattamento che rare volte manca. Le indicazioni spe-

ciali di questa terapia sono le grosse masse di cisti proliferanti uni e multiloculari di piccolo e medio volume.

In questi casi il trattamento elettrico si mostrò estremamente efficace, molto più che la corrente costante nei fibromiomi; l'insuccesso del trattamento permette di concludere sulla malignità del tumore.

CUTTER (New York). — Comunica che in America, oltre che secondo il metodo di Apostoli, l'elettricità è impiegata anche secondo un metodo più antico.

L'A. fin dal 1871 aveva dimostrato alla Società Medica di Midleresex Massachusset una batteria di un elemento con cui fin dall'agosto 1871 cominciò la cura di un mioma uterino, come fa oggi l'Apostoli: secondo lui è questo il primo caso di cura di un mioma colla elettricità in America; i risultati furono i seguenti: arresto nell'accrescimento del tumore 50 0[0 dei casi, miglioramento lieve 6 0[0, nessuna sosta nell'accrescimento 14 0[0, casi di morte 8 0[0 e guarigioni con completa o quasi completa scomparsa del tumore 22 0[0. Oltre alla cura elettrica il C. regola anche la dieta componendola per 2[3 di carni e per 1[3 di vegetali ed alimenti misti. Un'ora dopo ciascun pasto e prima del sonno fa bere alle pazienti 1[2 litro di acqua calda.

BROSE (Berlino). — **Dimostrazione di apparecchi elettro-medicali alimentati dalla elettricità fornita dalle macchine-dinamo.** — Il B. ha presentato alla sezione i modelli degli apparecchi che ha fatto costruire per gli usi ginecologici coll'aiuto di G. Hirschmann; questi apparecchi hanno di particolare che sono alimentati direttamente dalla elettricità proveniente dalle macchine dinamo.

L. AD. NEUGEBAUER sen. (Varsavia). — **Contributo allo studio della cura idrostatica dell'inversione cronica dell'utero.** — L'A. riferisce in favore del trattamento della inversione uterina per mezzo della pressione esercitata continuamente sull'utero invertito da un pallone di caoutchouc di più in più disteso dall'acqua il seguente caso: donna di 22 anni colta, dopo un parto avvenuto due anni prima, da inversione uterina. Al momento in cui la donna, estremamente indebolita dalle perdite sanguigne, si presentò alla clinica, si rilevarono i fatti seguenti: esistenza in vagina di un tumore a grande asse longitudinale, ovoide, un po' appiattito, qualche po' elastico e mobile occupante i 2[3 superiori della vagina, a grossa estremità diretta in basso e come appeso ad un peduncolo. Attorno a questo, un solco o piuttosto una incavatura fra il peduncolo e il margine dell'orificio esterno. Superficie del tumore liscia e coperta da una mucosa presentante una colorazione rossa assai viva. All'esplorazione bimanuale, constatazione fra i legamenti larghi di una depressione infundibuliforme che confermò

il diagnostico di inversione della matrice. Il trattamento, consistente in applicazione, dopo rigorosa pulizia della vagina, di un pallone in caoutchouc in cui si iniettò una quantità d'acqua che si portò successivamente a nove, dodici, quindici oncie, dovette essere interrotto il 10 giugno in causa della comparsa della mestruazione, e fu ripreso il 13. Ogni giorno si toglieva il pallone e si faceva lavatura accurata della vagina. Il 27 giugno, dopo 87 applicazioni dell'apparecchio, la riduzione dell'utero rovesciato era ottenuta e pochi giorni dopo era impossibile di ritrovare la minima traccia dello stato patologico anteriore. Secondo Neugebauer i vantaggi del pallone idrostatico su quello pieno d'aria risultano dalla incompressibilità quasi assoluta dell'acqua, mentre l'aria è compressibile.

MENGE (Berlino). — **Salpingite gonorroica.** — Dall'esame batteriologico dei prodotti infiammatorii in 26 casi di salpingite suppurata fatto nella clinica di Martin in Berlino, risultò in 8 casi la presenza di microorganismi: due volte si trattava di streptococco piogeno, una di stafilococco piogeno albo, una infine di un bacillo mobile, saprofito. Negli altri casi il pus coltivato rimase sterile, ma l'esame microscopico col metodo di Gram mostrò una volta un diplococco e tre il gonococco di Neisser. Nei tre ultimi casi fu impossibile di colorare i cocchi anche nel tessuto degli organi estirpati colla laparotomia.

Durante l'operazione era colato nel peritoneo del pus proveniente dai sacchi tubarici rotti. Fatti simili, riportati da altri autori, rimettono in discussione la questione della peritonite gonorroica negata da Bumm e dall'A. che, insieme al Koch, la considera come non risolta.

LANDAU (Berlino). — **Esperienze cliniche e diagnostiche sulle raccolte tubariche** (Idrosalpinge, piosalpinge). — *Diagnosi.* 1.° Le raccolte tubariche sono assai più frequenti di quanto si credeva e di quanto taluni credono: parametriti, perimetriti, metriti, tumori solidi e liquidi furono e saranno diagnosticati in loro luogo.

2.° Le raccolte tubariche sono oggi assolutamente più frequenti che in passato; ai momenti etiologici di ogni tempo (gonorrea, infezione prima e dopo il parto e l'aborto), devono aggiungersi oggi gli interventi della cosidetta ginecologia minore, e specialmente:

a) Le manipolazioni sul collo.

b) Gli interventi endouterini (Iniezioni, raschiamenti, cauterizzazioni).

Ma l'infezione delle tube è possibile anche data la più rigorosa antisepsi: si può rendere asettico il canale genitale durante il tempo dell'intervento, non durante quello della cura; l'infezione delle tube insorge quindi nella stessa guisa che l'epididimite dopo forti iniezioni uretrali.

3.° La nostra esperienza diagnostica stabilisce la laparotomia come il miglior metodo di indagine.

4.° I dati scolastici di *a*) Forma — *b*) Grossezza — *c*) Mobilità, sono raramente reperibili e, come l'anamnesi ed i sintomi, non sono caratteristici.

5.° Si deve dare una certa importanza alle coliche tubariche.

Idrosalpinge.

6.° Per questa si hanno segni obbiettivi; due assai importanti, uno patognonomico.

a) Caratteristica è la sede (sviluppo).

b) Patognomonico è il modo di comportarsi non della tuba, ma dell'utero a mo' di cuscino d'aria.

7.° Eccezioni a questo sintomo si hanno: *a*) Se l'utero stesso è fisso. — *b)* Se troppo scarsa è la raccolta. — *c*) Se la parete di questa è coperta da membrane ed inspessita.

Dato il sintomo suesposto la diagnosi di raccolta tubarica è certa: mancando esso, non è escluso.

8.° Questo sintomo è patognomonico e fa escludere tumori laterali e posteriori all'utero; dermoidi, ematoceli (che danno pure del resto impressioni palpatorie caratteristiche), tumori ovarici ecc.

La caratteristica dell'idrosalpinge è quella di una resistenza non passiva come di vescica distesa, ma elastica e muscolare.

9.° Le raccolte di idrosalpinge sono spesse volte dure, tanto che la fluttuazione non è riconoscibile.

10.° Se una raccolta salpingea sia unica o bilaterale, non è spesso riconoscibile fin dopo l'apertura del sacco anche ad addome aperto, ciò perchè una tuba può contorcersi e giacere indietro ed ai lati dell'utero.

Non si può riconoscere colla palpazione se una o due raccolte aderiscono per adesioni o solo meccanicamente.

11.° Da ciò consegue che la palpazione leggiera del decorso della tuba nella idrosalpinge a nulla giova.

12.° Altro segno patognomonico — però raro — è di portare all'esterno, colla compressione verso l'utero il contenuto della tuba.

Piosalpinge.

13.° Il piosalpinge è di solito bilaterale e, se unilaterale, accompagnato da idrosalpinge dall'altro lato.

La forma è di solito quella di intestino o di mazza o di budello alquanto appianato, le forme angolose, rare nelle altre specie di tumore, sono nel piosalpinge la regola.

15.° Il segno palpatorio suaccennato manca perchè la parete ingrossata e le adesioni tolgono ogni elasticità ed ogni contrattibilità ed il contenuto è spesso troppo esiguo e la consistenza troppo grande.

16.° La diagnosi differenziale fra tumori uterini ed ovarici e pio salpinge colla palpazione è troppo difficile; qui giova l'esame rettale.

17.° *a*) Presso al tumore si possono talvolta sentire le ovaie il che lascia dubbia la diagnosi fra piosalpingi e fibroidi; restano però con questo esclusi i tumori ovarici.

b) Date complicazioni con ascessi tubo-ovarici, ascessi nel legamento largo e nell'ovaio non si deve in alcuna guisa accertare la diagnosi mediante la palpazione.

c) È facile la diagnosi differenziale fra idro piosalpinge e gravidanza tubaria quando si manifestino segni di gravidanza, quali la espulsione di decidua.

d) Gravidanza ectopica ed aborto in corno rudimentale di utero bicorne si possono riconoscere colla situazione profonda del corno; la tuba è situata assai al disopra dell'orificio interno dell'utero.

e) Data gravidanza in un corno di utero bicorne unicollo o di utero septo bicolle, lo sviluppo della metà gravida all'innanzi serve alla diagnosi.

f) L'ematometra nel corno rudimentario di un'utero bicorne è facilmente riconoscibile pei dolori subentranti ed aumentanti ad ogni menstruazione.

g) La consistenza di una tuba gravida è caratteristica per escludere il piosalpinge; la prima è molle, succulenta e cambia spesso di consistenza (contrazioni). Al contrario le raccolte tubariche sono dure, certamente ove si eccettui l'idrosalpinge intermittente.

h) I versamenti sanguigni, gli essudati, le suppurazioni, gli ascessi del bacino sono informi, diffusi e mal limitati.

i) I miomi non sono differenziabili colla palpazione dal piosalpinge.

18. In tutti i casi dubbii o di difficile palpazione, l'ausiliario più potente è la puntura esploratoria.

19. Questa può farsi secondo la sede e lo sviluppo della raccolta tubarica *a*) Dalla vagina. — *b*) Dall'addome.

20. Risulta allora subito se si ha a fare con un tumore solido o liquido.

21. Se risulta liquido, allora già dai caratteri macroscopici si possono differenziare tumori colloidi, dermoidi, fibrocistici, ematoceli. Poche e facili reazioni chimiche come la ebullizione differenziano l'echinococco e le cisti paraovariche.

L'occhio basta a distinguere liquidi contenenti pus e la semplice prova della abbondante o scarsa albumina e la ricchezza di cloruri fa decidere per una infiammazione attiva o passiva della tuba. Poi ci aiuta il microscopio e ci mostra gli uncini da echinococco, i cristalli di colestearina, di ematoidina, i corpuscoli del pus ecc.

22. La puntura esploratrice anche nei casi già diagnosticati permette di adottare di preferenza uno od altro processo operatorio.

Terapia.

Le raccolte tubariche erano in passato sconosciute o, se diagnosticate, il *noli me tangere* ne compendiava la terapia.

Venne quindi il tempo della estirpazione di questi tumori, ma la diagnosi di raccolta tubarica non indica, come quella di cisti ovarica o di cancro, l'operazione onde, prima di decidervisi è necessaria una indicazione formale.

1.° *Idrosalpinge.* — L'idrosalpinge può spontaneamente guarire col meccanismo indicatoci dall'idrosalpinge intermittente.

I metodi di trattamento, istituita che si sia la diagnosi, sono :

A) Ortopedici.

B) Meccanici.

A) I mezzi ortopedici sono :

a) La correzione di una posizione viziosa dell'utero onde correggere quella della tromba.

b) Massaggio coadiuvato da bagni, irrigazioni calde, metodo questo lento, ma buono e senza pericoli.

Questi due metodi sono impiegati dal L. che respinge i due seguenti :

c) Il cateterismo della tromba, difficile e pericoloso.

d) La dilatazione dell'utero non sicura e non del tutto inoffensiva potendo determinare la rottura di un piosalpinge e la trasformazione di un idrosalpinge in piosalpinge.

B) Interventi chirurgici.

Entrano in campo quando gli ortopedici sono falliti e devono evitare il più possibile la salpingotomia e la castrazione le cui conseguenze non sono *a priori* prevedibili (sventramenti, turbe nervose).

In prima linea il L. cerca di sperimentare la via vaginale ingiustamente abbandonata.

a) Punzione vaginale : atisepsi rigorosa, pressione del tumore traverso la parete addominale verso la volta della vagina, puntura con tre quarti senza speculum e senza fissare l'utero, si eviti l'entrata dell'aria, non mai aspirazione : (la punzione dei vasi e degli altri organi è difficile).

Attribuisce gli insuccessi passati a difetto di tecnica.

La punzione può essere parziale e totale ; la parziale basta nel più dei casi, perchè la muscolatura iperdistesa si contrae dopo di questa come dopo la puntura delle membrane l'utero gravido.

La punzione completa dà risultati differenti : per lo più la guarigione (anche se esistono più concamerazioni), se non anatomica, clinica. Talvolta si ha recidiva, in generale tarda. Se è rapida o se succede ad una seconda puntura si hanno :

b) La completa punzione e la lavatura della cavità con soluzione fenica 3 0[0.

c) Iniezione iodica nel sacco dopo evacuazione del contenuto.

d) La punzione con applicazione di una sonda a permanenza per provocare la suppurazione, deve essere proscritta.

Se il sacco tubarico anzichè verso l'indietro si dirige all'innanzi, la punzione vaginale non è più indicata, così pure la punzione traverso l'addome chè i sacchi non aderenti si retraggono e allora si ha:

e) L'incisione (V. più in basso), piosalpinge.

Alla punzione, che l'A. praticò in centinaia di casi, si può obbiettare che per errore si possono pungere cisti ovariche, da echinococco, paraovariche o tube gravide. Nei primi casi non si fa danno, negli altri si guarisce.

2.° *Piosalpinge.* — Si hanno guarigioni spontanee, non tutte le forme esigono cura radicale e molti casi decorrono senza sintomi.

Qui non si hanno metodi terapeutici meccanici. La punzione non è mezzo curativo e, come nella pleurite purulenta, occorre l'incisione: e si può scegliere fra l'incisione (sacchi unici) e la escisione (sacchi multipli).

La incisione può essere fatta dalla vagina, dall' addome o simultaneamente dalle due vie secondo la situazione della raccolta.

La incisione dalla vagina si fa dopo accurata disinfezione come la punzione, senza speculum, senza trazione in basso dell'utero, per mezzo di un bistorì simile a quello per le fistole.

Se il piosalpinge aderisce come di norma al fondo della vagina, la incisione non apre il peritoneo: in caso diverso si fissa il tumore colla mano posta nell'addome, si introduce il dito nella incisione, la si porta a livello della apertura fatta in vagina e si afferrano i margini con una lunga pinza di Péan la quale deve rimanere in posto 24 ore come dopo l'estirpazione dell'utero. Con ciò il peritoneo è chiuso e rimane tale (Incisione in un sol tempo dalla vagina).

L'operazione in due tempi è troppo complicata e pericolosa. Sopravvenendo emorragia, si usino le pinze per la emostasi; usando di qualche destrezza si eviteranno le lesioni degli organi viciniori. Il trattamento consecutivo è assai semplice: drenaggio a T, e nei sacchi emorragici garza iodoformica per 24 ore, la quale, dopo questo tempo, viene sostituita dal drenaggio a T, una lavatura del sacco durante l'operazione con una soluzione di sal da cucina per evacuare meccanicamente il pus, poi null'altro: iniezioni vaginali: convien lasciar sedere le ammalate otto giorni dopo l'atto operativo per affrettare l'evacuazione del pus.

L'incisione, per quanto larga, ha grande tendenza a chiudersi: tuttavia, esistendo fenomeni di ritenzione, il dito basta a dilatarla.

L'effetto immediato sullo stato generale è favorevole e il risultato lontano è buono ammenochè la fistola non si chiuda troppo presto causando recidiva.

In taluni casi la fistola permane a lungo, però senza disturbo.

Se le raccolte sono in rapporto colla parete addominale, il L. fa l'incisione traverso a questa; se il sacco è aderente non necessita alcuna precauzione, in caso diverso si opera ugualmente in una sola seduta avendo però cura, come nelle operazioni in un sol tempo per echinococco, pionefrosi, gravidanza extrauterina. (*Arch. f. Gyn.*, 1880, p. 150), di suturare il sacco alla parete.

La sede della incisione dipende dalla situazione del sacco, dalla grossezza e dai rapporti coll'intestino; se il sacco è grosso, l'incisione segue di preferenza la linea alba, in caso diverso è parallela al legamento di Poparzio come per la ricerca della arteria iliaca. Anche qui la cura successiva è semplice. In principio il L. faceva sempre una controapertura in vagina e drenava in alto ed in basso; ora fa questo solo nei sacchi voluminosi. In casi eccezionali, quando la cisti non era raggiungibile nè dalla vagina nè dall'addome, l'A. la incideva dalla vagina dopo la laparotomia mentre la mano posta nello spazio del Douglas poteva guidare lo strumento che incideva dalla vagina; poi suturava la ferita addominale senza avere aperto il sacco da questa via.

Neppure in caso di incisioni dalla parete addominale non pratica lavature.

Nel piosalpinge, nelle forme di idrosalpinge che sfuggono ai metodi di trattamento suesposti, e quando le alterazioni tubarie e peritubarie siano gravi, pratica l'escisione, e quando si possa, specialmente nella idrosalpinge, lascia in posto le ovaie; di regola però si deve fare anche l'ooforectomia, potendo si faccia solo la resezione dell'ovaio.

Il processo operativo è talvolta assai difficile; viene facilitato dal metodo di estirpazione bimanuale dei sacchi tubari proposto dall'A. (*Cent. f. Gyn.* 1882, N. 34).

La posizione elevata di Trendelemburg facilita di molto l'operazione. Su 52 laparotomie per pio ed idrosalpinge il L. conta un sol caso di morte per ileo in ottava giornata.

In casi non rari, durante l'operazione il sacco si svuota nel cavo addominale: allora si ritira il contenuto con delle spugne o si aspira togliendo poi la massima parte possibile del sacco; quindi si fa attenta toeletta per mezzo di spugne imbevute in soluzione di cloruro di sodio.

Solo in caso di grossi sacchi l'A. ha fatto la resezione delle trombe con sutura alla parete addominale quando aderenze troppo estese coll'intestino impedivano la estirpazione del sacco.

Il processo di Martin, Schroeder, Skutsch consta nel tagliare un pezzo della tuba chiusa (naturalmente nella idrosalp.) per rendere possibile la concezione nel timore di aprire una strada alla sepsi proveniente più tardi dall'utero. Le conseguenze della salpingotomia sono assai favorevoli, ma talvolta dopo la castrazione subentrano fenomeni gravi; ernie, turbe nervose psichiche, alterazioni trofiche cui era preferibile lo stato anteriore. Specialmente nelle isteriche tale fatto si manifesta al massimo aggiungendosi ai dolori isterici le turbe determinate dalla castrazione.

J. KEPPLER (Venezia). — **Sulla vita sessuale della donna dopo la castrazione.** — L'A. ha fatto 46 volte la castrazione, ottenendo 39 volte guarigione completa — 21 per salpingite purulenta o gonorroica, 8 per obliterazione cicatriziale delle trombe, 1 per obliterazione congenita delle trombe, 4 per ooforite e salpingite tubercolare, 2 per ooforite e perioooforite senza partecipazione delle tube, 1 per utero rudimentale, 9 per fibromi dell'utero.

1. Quando l'operazione fu praticata per salpingite o per processo infiammatorio, *mai* in seguito si ebbe emorragia uterina.

2. Il diametro coniugato si accorciò a poco a poco, tanto più quanto più il soggetto era giovane (fino a 3 cent.)

3. L'utero si atrofizzò in modo lento e continuo (da 8 cent. a 2 durante 10 anni): contemporaneamente la vagina divenne più corta e più stretta, la sua mucosa più pallida, le grandi labbra più sottili.

4. Le mammelle divennero più piccole, simili a quelle degli uomini.

5. Le pigmentazioni brune del capezzolo, dell'areola ecc. disparvero completamente, come le produzioni pigmentarie patologiche. La pelle stessa divenne notevolmente bianca.

6. La tendenza ad ingrassare generalmente accennata non esiste.

7. Nessuna alterazione nel sistema pilifero e nella voce.

8. L'appetito sessuale persiste assolutamente intatto, tanto più caratterizzato quanto più l'operazione fu fatta presso i mestrui.

9. L'operazione non crea alcun ostacolo al matrimonio, perchè 3 di queste donne castrate si maritarono e il matrimonio fu felice.

10. Il matrimonio con una donna castrata è il tipo ideale del matrimonio malthusiano, è la sola maniera di praticare il malthusianismo senza compromettere la salute e la felicità degli interessati.

11. Non si manifesta alcuna sorta di nevrosi nelle donne castrate durante la loro giovinezza, in causa di malattie infiammatorie, mentre questa complicazione si mostrò frequentemente in donne operate tardamente per fibromi uterini.

12. Le emorragie subordinate alla presenza di fibromi uterini furono favorevolmente influenzate dall'operazione: mai tuttavia la menopausa artificiale si produsse prontamente.

13. Le donne già arrivate all'età adulta ed operate per tumori fibrosi dell'utero, perdettero completamente, dopo la castrazione, l'appetito sessuale.

DÜHRSSEN (Berlino). — **Sulla trachelorrafia a lembi.** — Queste osservazioni furono pubblicate per intero negli *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Avril 1890, e nel *Sammtl. Klinisch. Woch.*, 1890, N. 6.

DÜHRSSEN (Berlino). — **Sulle operazioni della portio.** — Il D. riferisce

una serie di amputazioni della parte vaginale del collo fatte da diversi ginecologi di Berlino nei quali, dopo l'atto operativo, si sviluppò una parametrite od una perimetrite posteriore. Secondo lui ciò è dovuto al fatto che i fili delle suture passati nel tessuto cellulare retrouterino stringevano anche il peritoneo, ma ciò avveniva anche quando la sezione della porzione vaginale era stata fatta al disotto del livello della volta posteriore della vagina nel caso in cui la piaga di escisione del labbro posteriore presentava una conformazione speciale. Il tessuto connettivo della parete vaginale costituito da due fasci, l'uno inferiore, l'altro superiore, si avanza fino al labbro posteriore del collo; su una sezione di questo si vede che l'uno, anteriore, limita il canale cervicale al quale assicura una costituzione solida; il secondo, posteriore si continua direttamente dalla parete vaginale posteriore nella parte posteriore dell'utero. Questo fascio posteriore è sopratutto sviluppato nella metrite cronica ed è allora assai resistente. Quando si fa una amputazione del collo, si seziona sul labbro posteriore il fascio inferiore, ed allora la mucosa vaginale del collo si ritira all'indietro verso la parete vaginale e si confonde con essa. La retrazione di questo fascio inferiore è tanto più marcata quanto più il fascio superiore è spesso ed infiammato. In seguito, quando si fanno delle escisioni cuneiformi del collo abbastanza profonde, il tessuto cellulare retrouterino ed il peritoneo sono posti sul fondo della piaga. Se si sviluppa una infiammazione lungo un filo situato profondamente (in causa dei microorganismi delle vie genitali), una perimetrite od una parametrite posteriore ne è la conseguenza forzata.

Per riparare a questo inconveniente e prevenire questa complicazione che aumenta i dolori della metrite cronica, contro cui è precisamente diretta l'amputazione del collo, il D. consiglia di chiudere dapprima la piaga del labbro posteriore del collo con suture perdute al catgut, e di riunire in seguito al disopra di questa piaga, le mucose del collo e della vagina. Egli stesso in due casi ha proceduto in questo modo: dopo incisione bilaterale, dopo l'escisione e la sutura del labbro anteriore, ha fatto l'escisione del posteriore ed ha suturate le incisioni laterali con fili di catgut perduti. In questo momento la piaga alla parte posteriore dell'orificio aveva una forma sagittale. Questa piaga, di aspetto triangolare, fu riunita essa stessa con due suture al catgut, l'una perduta, l'altra superficiale. In questi due casi l'operazione era stata fatta per una erosione del collo sintomatica di metrite cronica, ma nell'ultimo caso l'A. fece al tempo stesso il raschiamento del collo ed iniezioni di cloruro di zinco, mezzo che egli combina spesso colla operazione di Emmet od altre analoghe per le lacerazioni del collo. L'amputazione del collo è superflua nelle stenosi cervicali e, quando esistono all'orificio esterno, la discissione completata dall'*orlatura* di Hegar (sutura della mucosa vaginale alla cervicale), è sufficiente. Con questo metodo Gusserow ha guarito molti casi di sterilità inveterata. Nella stenosi di tutto il canale cervicale, cioè dell'orificio interno, è indicata la dilatazione; si può impiegare il processo

rapido e non doloroso di Apostoli. Il D., dopo due sedute ha visto una donna di 45 anni divenire incinta; essa aveva abortito una volta, appena maritata, 20 anni prima.

ASSAKY (Bukarest). — **Dell'isteropexi extraperitoneale.** — Dai fatti che l'A. indica, risulta che l'isteropexi extraperitoneale è controindicata nel prolasso complicato da una lesione degli annessi; la laparotomia sola permette di rendersi conto del grado della lesione e di ripararvi. È ugualmente controindicata nelle retro-deviazioni aderenti dove la laparotomia permette meglio degli altri processi di mobilizzazione di liberare l'utero prima di suturarlo alla parete addominale. L'isteropexi extraperitoneale è controindicata nelle retrodeviazioni non aderenti perchè uno degli elementi della perfetta adattazione dell'utero alla parete addominale è il rilassamento dei legamenti uterini che si osserva nel solo prolasso. Nel prolasso semplice non complicato l'isteropexi extraperitoneale è una operazione semplice, rapida e che non presenta alcuno dei danni che le si attribuiscono.

BOSSI (Genova). — **La fissazione vaginale del collo nelle alterazioni di posizione dell'utero.** — Impiega la fissazione vaginale del collo per correggere la retro e l'antiversione, come pure le inclinazioni laterali dell'utero. Nell'abbassamento dell'utero consiglia di unire la colporafia anteriore e posteriore o la perineorafia od una operazione plastica sul collo colla fissazione vaginale: fissa il collo alla corrispondente parete della volta vaginale con sutura al catgut dopo cruentazione. Praticò tale atto operativo sei volte e ne ebbe sinora buoni risultati restando dimostrato che non residuava alcuna deformazione e che l'adesione era completamente solida: bisogna sempre raccomandare alla paziente di giacere sul lato corrispondente alla parte operata; si tratta di una operazione nuova che differisce sostanzialmente da quella proposta da Chucking.

T. VEIT (Berlino). — **Ematocele ed ematoma.** — Vuole si distingua anzitutto l'emorragia intraperitoneale (spandimento sanguigno libero nella cavità peritoneale) dall'ematocele (emorragia incistata nel peritoneo) e dall' ematoma (emorragia nel tessuto connettivo). L'ematocele non risulta mai da un versamento sanguigno libero in una cavità peritoneale sana chè, o il sangue si arresta e si riassorbe, o la malata muore perchè la pressione intraaddominale è insufficiente ad arrestare l'emorragia. Per aversi l'ematocele devono esistere precedenti aderenze limitanti l'emorragia o il sangue scorrendo lentamente (come nella gravidanza tubaria), deve incontrare aderenze più o meno numerose. Nell'ematoma l'emorragia è arrestata dalla pressione del tessuto connettivo coperto all'esterno dal peritoneo. La diagnosi di emorragia libera nel peritoneo si fa in base ai segni generali di anemia senza alcun reperto obbiettivo da parte del peritoneo, ed in mancanza di

ogni altra causa di emorragia uterina. Il sangue libero nel peritonio sia fluido sia coagulato non si può distinguere: la diagnosi differenziale fra l'ematocele e l'ematoma è per lo più facile ed in casi difficili senza importanza; in ambo i casi avvi una intumescenza.

Terapeuticamente si è d'accordo nel trattamento dell'ematoma e dell'ematocele: nei casi di emorragia libera endoperitoneale senza segni obbiettivi e con sintomi generali gravi, bisogna aprire l'addome. Il V. raccomanda di operare a bacino elevato e, per avere una sicura emostasi se il sangue viene dalla tromba, consiglia di legare questa ed i vasi utero-ovarici.

H. J. BOLDT (Nuova-York). — **Peritonite dopo rottura di un'ematoma ovarico — Laparotomia — Guarigione.** — L'esame microscopico rilevò un'endotelioma in via di trasformazione angiomatosa con formazione di un'ematoma: 200 gr. di sangue e di coaguli. Gli spazi sanguigni di neoformazione derivavano senza dubbio dalle vene dilatate dell'ovaio. Bold insieme a Jones considera questi endoteliomi che non si accompagnano ad alcun tumore voluminoso dell'ovaio, come i prodotti di una infiammazione plastica dell'organo.

OLSHAUSEN (Berlino), comunica su alcune interessanti operazioni e dimostra i preparati ad esse pertinenti.

1) Estirpazione di un utero canceroso insieme colla vagina.

2) Estirpazione vaginale dell'utero per prolasso col metodo Fritsch.

3) In una osteomalacica gravida al 3° mese con incarceramento dell'utero retroflesso, l'utero fu spinto fuori dalla vagina: non avvenne aborto e non si manifestarono fenomeni di incarceramento: l'O. finì per estirpare l'utero.

4) L'O. ebbe occasione di osservare in una donna nel periodo di un anno due gravidanze extrauterine e di praticare due laparotomie. Mentre la prima volta fu tratto dalla tuba destra un feto vivente quasi a termine, un anno e 7 giorni dopo fu riconosciuta una gravidanza tubarica sinistra e fu estirpata la tuba. La donna guarì.

SAENGER (Lipsia). — **Sul drenaggio della cavità addominale nelle laparotomie.** — Chiudere completamente il ventre anche nei casi di non sicurissima pulizia della cavità (*nach « unreinen Laparotomien »*) è attualmente la regola seguita dalla più parte dei chirurghi tedeschi parte in seguito ai lavori teorici (di Grawitz, Waterhouse e d'altri) che hanno rilevato la enorme forza di riassorbimento del peritoneo sano anche di fronte a' germi patogeni, parte in seguito ai notevoli risultati clinici ottenuti grazie ai nuovi perfezionamenti della tecnica ed in particolare alla evoluzione che si fa verso l'asepsi. Ma questi risultati sono stati raggiunti ed oltrepassati da quelli dei grandi operatori inglesi ed

americani (Lawson-Tait, Bantock, Keith, Gill Wylie, Penrose, Cushing ed altri), i quali si servono largamente del drenaggio. Più e più l'A. lo è andato impiegando, ha scorto in esso un mezzo razionale rispondente ad un principio di chirurgia universalmente riconosciuto che, appropriandosi a date indicazioni, è in grado di rendere in una serie di casi meno critico il decorso, ed in un' altra di decidere della guarigione.

Istoricamente si può considerare come prima tappa del drenaggio addominale il drenaggio di vetro di Koeberlé (1867), come seconda il capillare di Hegar (1881), come terza solo adesso raggiunta, la sua applicazione asettica.

Tecnicamente si deve distinguere:

1. Il semplice tubo da drenaggio, di vetro, retto o curvo.
2. Il tamponamente endo-addominale con garza idrofila.
3. Il drenaggio combinato, con tubi di vetro riempiuti di sostanza assorbente, metodo preferito dall'A. che impiega eccezionalmente il secondo, mai il primo.

I tubi di cui si serve sono di vetro, di una curvatura corrispondente ad un quarto od alla metà di un circolo, hanno un lume di un cent. e molteplici aperture di non oltre 4 mm. Con lavatura saponata, bollitura ed immersione in sublimato 1 : 500 vengono resi asettici, e, tolti dal sublimato, vengono posti nel cavo di Douglas in modo che riposino colla loro parte concava sull'utero. Questi tubi concavi poggiano sicuramente sul cavo secernente e non possono offendere nè la vescica nè l'epiploon. Dopo la chiusura dell'addome si preme lateralmente verso il tubo per espellere i liquidi e quindi, mediante una sonda di rame di curvatura esattamente parallela a quella del drenaggio s'introduce fino all'orificio interno del tubo un pezzo di garza asettica che si cambia fino a quando non vi sia più liquido da estrarre. Quindi si copre l'apertura con garza, ovatta di legno e con un pezzo di diachylon grande come un fazzoletto poi con una benda. Non si cambia la medicazione prima di 24 ore, onde non si aspira nulla con siringhe, ma si attende tutto dalla azione capillare. Si cambia la medicazione con rigorosa antisepsi, si introducono ancora pezzi di garza finchè tutto il secreto è aspirato; ogni infezione secondaria rimane evitata. Si ricambia la medicazione dopo 24 o 48 ore: si toglie il drenaggio al 3.° o 4.° giorno quando ogni secrezione è cessata, quindi talvolta al 6.° o 8.° giorno ed eventualmente più tardi.

Solo i fatti clinici permettono di giudicare di questo metodo, chè le esperienze sul cadavere e negli animali di Henricius, Löbtter, Delbet non sono dimostrativi. Non si tratta di drenaggio di tutta la cavità addominale ma di un drenaggio in forma di fessura, per lo più nei dintorni del cavo di Douglas degli annessi dell'utero, dell'utero per aspirare ed attrarre centrifugamente gli escreti che si accumulano dopo l'operazione e sono allo stato nascente, quindi del prosciugamento di quegli spazi che, secondo le ricerche di Coe, Mundé, Van Stockum e Treub sono già al 2.°-3.° giorno separati dal resto della cavità addominale.

Il drenaggio opera come mezzo di sicurezza rendendo possibile lo svuotamento all'esterno di quei secreti che, chiusi nella cavità addominale, potrebbero fornire materiale nutritizio per una forma di infezione. Chi ebbe occasione di vedere casi trattati con e senza drenaggio riconobbe che i primi si svolgono in maniera assai meno critica, e non presentano nelle conseguenze operatorie i pericoli delle secrezioni secondarie o delle diverse specie di alterazione fermentativa del sangue.

Il tamponamento intraperitoneale con garza (Mikulicz, Fritsch, Pozzi, Treub, Hahn ecc.), utilizzato dall'A. nel 1881 dopo la estirpazione totale dell'utero per la via vaginale, e nel 1884 nelle laparotomie ha, come semplice drenaggio capillare internamente alla cavità addominale, gravi inconvenienti. La garza interna è in breve saturata mentre l'esterna può giovare a ben poco; cambiare la garza interna è impossibile senza versare nell'addome il liquido di cui essa è imbevuta; dopo che l'A. si fu persuaso che una emorragia invincibile colle legature e costituente una indicazione al tamponamento intraperitoneale, poteva ugualmente essere frenata col drenaggio combinato (tubo di vetro e garza), non adopera più il tamponamento che nelle piaghe cave intralegamentarie e retroperitoneali. Il drenaggio addomino-vaginale impiegato da Martin nelle miomotomie è ugualmente inutile mentre si possono ridurre al minimo le lavature del peritoneo i cui danni furono specialmente rilevati dal Polaillon e dal Delbet. Per l'esposizione teorica delle indicazioni del drenaggio, l'A. rimanda al lavoro di Laude (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2) inspirato da lui stesso.

Ecco tali indicazioni:

1.° Focolai sanguigni infetti, focolai di secrezione i cui dannosi effetti non possono essere impediti dal potere riassorbente del peritoneo indebolito localmente o su tutta l'estensione della sierosa.

2.° Eventualità possibile di accumulo secondario di secrezioni e loro decomposizione.

3.° Quando si teme la rottura di organi e la irruzione di sostanze straniere diverse (dall'intestino, dalla vescica) nel peritoneo.

4.° Quando si tratta di isolare dalla cavità addominale piaghe secernenti.

Dal punto di vista clinico si porranno sotto queste indicazioni molti casi di salpingooforectomia (in ispecie per piosalpinge), ascessi dell'ovaio, pelvi-peritonite essudativa con contaminazione del peritoneo per opera del pus, ematoceli intraperitoneali, resti di tumori inestirpabili, peritonite cronica, abbandono di monconi uterini voluminosi, lacerazioni e perdite estese di sostanza del peritoneo pelvico, molti casi di gravidanza ectopica, casi di piaghe cave in seguito ad enucleazione di tumori intralegamentarii e peritoneali in particolare dei reni, dopo raschiamento di ematomi intralegamentari ecc.

Dopo la pubblicazione del lavoro di Laude l'A. su 54 laparotomie ha praticato 13 volte il drenaggio, 14 volte se si conta un'operazione fatta col dott. La Torre in Roma.

Il drenaggio semplice con garza o tamponamento con garza 3 volte.

Il drenaggio combinato 11 volte. Di tutti questi casi uno solo, disperato a priori finì colla morte, tutti gli altri guarirono. Non si potrebbero immaginare risultati più eloquenti in favore del drenaggio.

ENGSTROM (Helsingfors). — **Etiologia del mioma uterino.** — L'esame dei fatti clinici dimostra che l'iperemia ripetuta dell'utero in seguito alla menstruazione esercita una influenza incontestabile nello sviluppo dei miomi uterini: riesce però dubbio il poter considerare tali iperemie ripetute come causa prima di questi tumori; si inclina piuttosto ad accordar loro una origine embrionaria. E questa ipotesi parrebbe più fondata se si riescisse, cosa che non si ha ancora, malgrado le osservazioni di Winckel, C. Braun, Gusserow, a dimostrare la loro origine ereditaria.

L'A. ha raccolto le seguenti osservazioni:

1. Due sorelle colpite da miomi; la loro madre, morta per emorragia uterina, aveva un voluminoso tumore ipogastrico.

2. Due sorelle colpite da mioma.

3. Tre sorelle colpite da mioma, la quarta in buone condizioni; madre morta per emorragie uterine susseguitesi durante quattro anni.

4. Due sorelle colpite da mioma, la terza sana.

CH. BOISLEUX (Parigi). — **Miomotomia.** — Ebbe occasione di vedere nella clinica di Martin a Berlino 10 casi di miomi operati prima di amputazione sopravaginale dell'utero, quindi di ablazione del collo per la via della vagina o per quella dell'addome. In 4 su 10 casi, esaminando pezzi di mucosa del fondo dell'utero e di quella parte di collo che cogli ordinarii processi operativi sarebbe rimasta nella cavità addominale, riscontrò germi abbondanti, ed in due casi germi patogeni, la cui inoculazione riuscì mortale a cavie ed a topi. Da ciò trae la conseguenza di causticare bene quella parte di mucosa uterina che viene ad essere compresa nel moncone.

Sulle operazioni per miomi.

Lawson Tait, descrive il suo metodo operativo di cui mette in rilievo i buoni risultati; nella prima serie di 50 operazioni, non un decesso, nella seconda, due decessi, nella terza, di 219 operazioni, 4 decessi, quindi una mortalità di 1. 8 0[0.

A. Martin, contrariamente a Fritsch, pensa che per estrarre l'utero miomatoso dalla vagina, questo non deve essere della grossezza del pugno; è partigiano della enucleazione la quale, malgrado il suo favorevole pronostico, non è abbastanza volgarizzata. Schroeder la chiamava l'operazione ideale dei miomi.

L'obbiezione fatta che essa impedirebbe la concezione, non è giustificata. La cifra elevata di mortalità, proviene dallo stato di spossatezza, di cachessia nel quale cadono le ammalate prima di decidersi all'operazione.

KALTENBACH (Halle). — **Esperienze sui sarcomi dell'utero.** — L'A. comunica 7 casi di sarcomi che ne rappresentano quasi tutte le forme, gli stadi, le combinazioni. Due volte il neoplasma era esclusivamente nel corpo, tre esclusivamente nel collo. Fra il sarcoma fibroso ed il mucoso diffuso esistevano vari tipi intermediarii. In un caso si trattava di polipo sarcomatoso del collo del volume d'una testa fetale; simultaneamente tutta la superficie uterina del collo era invasa da un sarcoma diffuso della mucosa, ed il fondo dell'utero era sede di un mioma colpito da degenerazione cancerigna.

In un altro caso, indipendentemente dal collo che era alterato in tutto lo spessore della sua parete, il corpo conteneva un certo numero di noduli del volume di una avellana, ripieni di un liquido sanguinolento e d'una sostanza molle simile a sostanza cerebrale; due nodosità simili metastatiche si trovavano presso il meato orinario e furono tolte contemporaneamente. Nei 7 casi, dopo conferma istologica del diagnostico, si fece l'isterectomia totale, 6 volte per vaginam, una in causa del volume del sarcoma che occupava il corpo dell'utero, si dovette adottare la via addominale; si ebbe cura anzitutto di liberare quanto più in alto possibile il collo dalla vagina, poi si applicò una legatura elastica per impedire l'uscita del liquido icoroso.

Tutte le operate sopportarono molto bene l'atto operativo, due morirono per recidiva dopo 4 ad 8 mesi, ma queste non si erano presentate che a periodo di malattia molto inoltrato. Un'altra operata restò ben portante dopo 2 anni e mezzo e può darsi ai più duri lavori campestri; le altre stanno bene ma furono operate solo nel corso dell'annata; queste avevano da 25 a 47 anni.

Nei due casi di recidiva questa avvenne in forma di nodi diffusi nel bacino e nella cavità addominale; in un caso vi fu compressione degli ureteri, ritenzione assoluta dell'urina nei bacinetti ed uremia. In una ottava osservazione d'una giovane di 15 anni sulla quale l'A. aveva praticato l'amputazione sopravaginale dell'utero che si elevava fino all'ombellico, la recidiva avvenne sotto forma di nuclei multipli sui ganglii retroperitoneali di ciascun lato della colonna vertebrale e la indusse a morte dopo un anno e mezzo.

Un nono caso, inoperabile per l'avanzamento del processo (perforazione dell'utero, peritonite), presentava dal punto di vista etiologico, qualche cosa di interessante; la donna aveva partorito un anno e mezzo prima una enorme vescicola idatica. Come il Leopold ha segnalato un simile fatto, non pare dubbio che il sarcoma del corpo abbia avuto suo punto di partenza in certe parti del mixoma del corion rimaste nella parete uterina. Questa è una conferma dell'opinione emessa per la prima volta da Wirchow che il mixoma del corion può, come un tumore maligno, consumare ed anche perforare la parete uterina.

PAWLIK (Praga). — **Sulla estirpazione della vescica.** — Il 16 giugno 1888 una donna entra per la prima volta in clinica per ematuria persistente; il cateterismo degli ureteri toglie l'ipotesi di ematuria renale; dopo dilatazione dell'uretra l'esplorazione digitale e l'endoscopia fanno constatare la presenza di un polipo finamente peduncolato. Stabilita artificialmente una fistola vescico-vaginale, si asporta il polipo col termocauterio, poi si chiude la fistola, e la donna guarita lascia la clinica il 28 luglio 1888.

Un anno dopo, l'11 luglio 1889, essa ritorna di nuovo indebolita; durante 8 mesi dopo l'operazione stette bene, senza ematuria, poi questa riapparve per non più cessare. L'endoscopio dimostra una massa papillomatosa inserita largamente e si conclude per la malignità del tumore.

Piano operatorio: trarre e fissare i due ureteri nella parete vag. ant., escidere quindi la vescica e crearne una nuova utilizzando la porzione residua dell'uretra e la vescica.

1.ª Seduta operatoria, 3 agosto 1889. — Introdotto un catetere metallico in ciascun uretere, la donna è situata nella posizione genu-pettorale. Poi, incisione della vagina lungo l'uretere per una lunghezza di due cent., dissezione dell'uretere, incisione di un cent. nella parete posteriore di questo canale; al disotto di questa incisione legatura dell'uretere, che è quindi separato dalla sua estremità vescicale, poi sutura dell'orificio uretrale alla piaga vaginale. Questa operazione naturalmente fu fatta sui due ureteri, onde la creazione di due fistole ureterovaginali.

2.ª Seduta operatoria, 27 agosto. — Estirpazione della vescica. — Laparotomia e, senza interessare il peritoneo, dissezione della vescica (riempita preventivamente con una emulsione iodoformica in modo da renderla bene riconoscibile) fino all'orificio uretrale interno. Evacuazione della vescica e tamponamento con garza iodoformica della cavità sottovescicale per prevenire ogni emorragia. Incisione trasversale immediatamente al disopra della sporgenza fatta dall'uretra sulla parete vaginale anteriore, e, traverso questa incisione sufficientemente ampliata, abbassamento della vescica in vagina ed escisione di quest'organo a livello dell'orificio uretrale interno. (In questo momento l'operata cade in colasso; si iniettano sotto la pelle 300 gr. della soluzione fisiologica calda di sal marino; il colasso cessa). Si sutura la parete vaginale anteriore col bordo anteriore della piaga uretrale, mentre il bordo posteriore di questa ed una cruentazione circolare dell'ingresso vaginale sono utilizzati per una colpokleisi trasversale. Prima di annodare i fili si introduce traverso l'uretra negli ureteri un catetere elastico. Chiusura della piaga addominale fino al suo angolo inferiore, dal quale sortono i capi della garza iodoformizzata. La colpokleisi, che dovette essere affrettata in causa degli accidenti di colasso, non aderì; inoltre al livello del tentativo di riunione della parete vaginale col bordo anteriore della piaga uretrale restò una fistola,

la quale non si chiuse che dopo 8 mesi; un nuovo tentativo di occlusione della vagina, fatto il 20 giugno 1890, fallì.

Il 18 luglio Pawlik praticò una colpokleisi sagittale che riuscì, salvo la persistenza di una piccola fistola, situata immediatamente all'indietro dell'uretra. Coricata, la donna ritiene già l'urina lungo tempo ma, alzandosi, questa esce dalla fistola. Essa si rende giusto conto di quando la nuova vescica, capace di circa 400 gr., è distesa dall'urina e riesce ad evacuarla volontariamente per contrazione dei muscoli perineali.

Non pare dubbio, se questa fistola si chiude e secondo le constatazioni già fatte, che quest'organo creato artificialmente potrà contenere a sufficienza.

Checchè ne sia, è già un risultato soddisfacente che questa donna, or fa un anno in imminente pericolo di morte, possa ora sopportare gravi fatiche.

FRITSCH (Breslavia). — **Sulle operazioni per miomi.** — In prima linea *la castrazione.* Non è dubbio che dei miomi si atrofizzino dopo la menopausa artificiale come dopo la naturale; ma questa atrofia porta nuovi pericoli quali necrosi, putrefazione, trombosi, pioemia, setticemia. D'altra parte si possono osservare degenerazioni cistiche, aumento del tumore malgrado la castrazione, onde in due casi l'A. dovette dopo questa, per lo sviluppo del tumore, procedere alla enucleazione. Tuttavia la castrazione rimane indicata in due casi: 1.° Quando la paziente è troppo debole (ogni altro intervento la esporrebbe a grave pericolo). 2.° Quando i tumori sono abbastanza piccoli da poterli al caso esportare per la via della vagina.

La seconda operazione è *l'enucleazione* e la *decorticazione*: 1.° enucleazione dei miomi situati nel parenchima uterino; 2.° *enucleazione* dei miomi parauterini sottosierosi. L'A. ha rinunciato in modo generale alla enucleazione e ricorse di preferenza alla estirpazione totale dell'utero cogli annessi per molte ragioni importanti; l'enucleazione, a giudicarne dalla sua esperienza personale, lascia ben poche speranze di gravidanza; spesso, quando il mioma è situato presso la mucosa, si è obbligati a sacrificare una porzione più o meno estesa della faccia interna dell'utero e, malgrado tutte le precauzioni, sembra arrischiato il lasciare in posto un utero affaticato, mal nutrito e di una vitalità dubbia; pericoli di emorragie gravi, infine possibilità di dimenticare un mioma di piccolo volume ma suscettibile di prendere un accrescimento rapido. Così l'A. restringe l'applicazione della enucleazione ai casi di polipi sottoperitoneali a larga base.

Quando si tratta di un mioma situato profondamente nel parenchima uterino, asporta l'utero per mezzo della laparotomia tipica. Quanto alla enucleazione dei miomi grossi intralegamentosi, è una operazione assai difficile e piena di pericoli specie per l'emorragia. Tuttavia l'intervento si impone per la tendenza a crescere di questi tumori, non per accrescimento degli elementi fon-

damentali, ma per via di degenerazioni cistiche, mixomatose, ecc. Bisogna operare o la malata è votata alla morte. Se si può conservare il rivestimento peritoneale, la capsula in cui stava il mioma, la si sutura alla parete pelvica dopo escisione del tessuto eccedente: se la capsula è lacerata e se si stacca male dal mioma, si tampona il fondo della cavità e si sutura al disopra il sacco lacerato a borsa di tabacco in modo da isolare la loggia dalla cavità addominale. Poi dalla vagina si incide arditamente per una lunghezza di 4 cent. questo tumore fittizio che sporge in questo canale e si ritira alquanto traverso questa incisione il capo della striscia di garza. Aperta o no la vagina, è prudente di tamponare fortemente perchè questo tampone, come quello della antica tasca del tumore, specialmente coll'aiuto di un bendaggio addominale, previene le emorragie. Per ciò che concerne i grossi miomi intraparietali per cui si fa la laparotomia tipica, l'essenziale in questo intervento è il modo di trattazione del moncone:

a) Trattamento intra od extraperitoneale. Attualmente è il trattamento extraperitoneale che ha fornito i migliori risultati; il processo che l'A. ha indicato è uno di questi modi di applicazione: su 87 atti operativi vi ha ricorso 60 volte ed ha perduto sei malate. Con tali risultati è impossibile abbandonare un simile metodo, ma è lontano dal ritenerlo come sufficiente.

Invero per l'A. *il metodo dell'avvenire non è nè il metodo intra nè l'extraperitoneale, ma l'estirpazione totale dell'utero.* Come per il cancro noi siamo a poco a poco arrivati alla isterectomia completa, arriveremo ben presto alla estirpazione totale dell'utero nei miomi.

WILLIAM (Londra), *Relatore.* — Isterectomia vaginale. — Vuol parlare solo della isterectomia per cancro che divide in tre categorie riguardo alla indicazione. Cancro del corpo, cancro del collo, cancro della portio.

Nel cancro del corpo le indicazioni dipendono: *a)* dal volume dell'organo, *b)* dalla mobilità dell'utero e delle aderenze, *c)* dalla diffusione alle parti vicine. Nel cancro del collo e della portio, tutto dipende dallo stato anatomo-patologico dell'utero e dallo stato generale della malata. Riguardo allo stato patologico dell'utero bisogna tener conto anzitutto dell'età della malattia, del suo punto di origine, della direzione seguita dal processo neoplastico, del modo col quale procede. Se v'è insieme cancro del collo e del corpo si dovrà rendersi conto della entità delle lesioni e del modo col quale iniziarono le due localizzazioni del cancro.

SCHAUTA (Praga). — La indicazione capitale della estirpazione vaginale totale è e rimane il cancro. Secondo lo Schroeder nel cancroide della portio basta la amputazione sopravaginale della cervice e solo nelle altre forme di carcinoma della cervice e del corpo l'estirpazione totale è indicata. Ma le amputazioni parziali debbono essere respinte nei casi operabili in modo radicale, l'estensione del

neoplasma in profondità costituisce uno degli elementi essenziali della diagnosi; bisogna evitare l'operazione quando la malata non potrebbe riavere la propria salute che a prezzo di rischi troppo considerevoli. L'invasione in superficie, sia in alto che in basso, anche fino alle inserzioni della vagina sul collo, non è una controindicazione all'operazione come non lo sono la diffusione alla vescica ed al retto; il solo elemento di cui si deve tener conto è il grado di invasione di questi organi. Per istabilire la diagnosi fra una infiltrazione carcinomatosa del parametrio ed una lesione di natura infiammatoria, l'esame rettale nella narcosi ed il raschiamento della massa cancerosa, hanno grande valore. Oltre a quelle date da neoformazioni di mala specie, le indicazioni della isterectomia totale vaginale, sono, in date circostanze, il prolasso dell'utero, i miomi uterini e l'endometrite glandolare recidivante.

POZZI (Parigi) *correlatore.* — La sola alterazione cancerosa del collo è indicazione per l'ablazione di tutto l'organo; oggi l'intervento radicale non è più pericoloso di una amputazione alta del collo, anzi offre maggiore sicurezza. Solo nei casi in cui il male ebbe già oltrepassati i limiti dell'utero, e quindi la recidiva è molto verosimile, si tralasci l'operazione radicale e si raschii o si cauterizzi.

Riguardo alla tecnica il P. respinge il capitombolo nel timore di infettare la ferita, lascia assolutamente la forcipressura ai casi estremi perchè la legatura progressiva dei tessuti a piccole masse non espone a pericoli la vescica, gli ureteri ed il retto, non espone ad ulcerazioni e ad occlusioni intestinali, ad emorragie secondarie e ad ulcerazione dei tessuti e non ristringe il già ristretto campo operativo; il metodo di Pawlik e di Richelot di escidere parte dei tessuti periuterini e di resecare la vagina non impedisce le recidive nel caso che queste parti siano già invase.

OLSHAUSEN (Berlino) *correlatore.* — La isterectomia vaginale nel cancro dell'utero ed in casi rari di altre malattie è spesso una operazione eccellente che deve restare nella pratica. Attualmente, in causa della diagnosi spesso tarda, è impiegabile solo in un numero scarso di casi di metrocarcinoma; i risultati primitivi debbono diversificare secondo l'estensione che si dà alle controindicazioni, ma, anche operando largamente, la mortalità non oltrepassa il 10-15 0[0. I risultati definitivi, cioè le guarigioni durature, sono naturalmente poco frequenti, ma una diagnosi ed un intervento precoce fanno sperare risultati migliori che finora. Le operate non radicalmente guarite dopo l'operazione, hanno minori sofferenze che le non operate, e ciò si capisce solo per la soppressione delle emorragie e delle perdite, vi hanno però eccezioni. La recidiva subentra raramente in vagina, abitualmente nei parametri e negli organi del piccolo bacino. Per ciò che riguarda la tecnica, la estirpazione per via vaginale è di gran lunga il metodo migliore;

essa non può essere sostituita dalla incisione sacrale, parasacrale o perineale; solo in rari casi e quando in ispecie la neoformazione sia diffusa alla vagina, il taglio perineale (secondo Zuckerkandl), sarà forse da preferirsi. Per la tecnica l'O. raccomanda le seguenti norme: disinfezione esatta del carcinoma, incisione larga quanto più possibile attorno al cancro in vagina, disimpegno rapido del collo col minor numero di legature. Apertura del cavo di Douglas prima di collocare la prima legatura in massa, applicazione delle legature al primo legamento largo dalla parte del cavo di Douglas.

Si deve staccare ultimo il lato dal quale le lesioni sono più estese; dopo aver tolto l'utero si chiude il peritoneo e la vagina con una sutura impiegando esclusivamente il catgut e respingendo in alto i monconi; la guarigione procede rapida e quasi sempre per primam.

Non usa la forcipressura pei dolori che porta: di 40 operate da lui, 19 (47 1[2 0[0) erano ancor scevre da recidiva oltre due anni dopo l'operazione mentre i risultati precedenti (1880-1887) erano meno favorevoli; di 56 casi 6 senza recidiva, forse per la indicazione più vasta.

Discussione: Landau (Berlino). — Parla della tecnica; secondo lui è assai importante il richiamare l'attenzione sul metodo francese (Péan e Richelot) delle pinze a permanenza, metodo assai importante perchè allarga di molto il dominio della isterectomia vaginale. In Germania non fu, a suo credere, fatta alcuna comunicazione su questo e pensa di essere stato il solo ad usarle. Perciò non si deve credere alle obbiezioni teoriche e si trova obbligato a contraddire il relatore il quale pensa che la forcipressura non vale la legatura e che con essa non si prendono sul lato dell'utero così bene i legamenti larghi come colla legatura. Che si possa estirpare un utero mobile con qualunque metodo, non è dubbio ma, trattandosi di utero immobile, e sopratutto fissato da lesioni infiammatorie o da infiltrazione carcinomatosa come questo che dimostra e che fu da lui recentemente estirpato in 6 minuti e 1[2 davanti ai signori Williams (Londra), Fränkel (Breslau) e che due distinti colleghi avevano ritenuto impossibile ad estirpare in ragione della fissazione e della infiltrazione dei legamenti larghi, ritiene che non si possa arrivare ad un buon risultato che col metodo delle pinze.

Senza voler di molto insistere sulla durata dell'atto operativo, non si può ad ogni modo disconoscere i vantaggi di una breve narcosi, senza contare anche la enorme economia di sangue. Non vuole preconizzare questo atto operativo in tutti i casi di carcinomi uterini inoperabili col metodo delle legature; constata solo che esso permette di allargare i limiti dell'operazione e ci obbliga ad operare malate che avremmo dovuto abbandonare se non avessimo avuto a nostra disposizione che le legature. Si è fatto anche osservare che in taluni casi non potendosi arrivare su tessuti sani si doveva limitare a raschiamenti, a causticazioni chimiche od a

punte di fuoco, ma anche qui l'O. ritiene che è meglio estirpare in una sol volta tutto il tessuto carcinomatoso anzichè abbandonarlo a necrosi e d'altra parte egli ha notato che il carcinoma che in causa della estensione si ritiene inguaribile, può restare due anni e mezzo senza recidiva e forse guarire. Anche il modo di guarigione è identico malgrado i dolori iniziali che del resto con opportuna applicazione delle pinze si possono ridurre a ben poco. Tolte poi le pinze non si ha più la noia di dover togliere le legature. Di 35 operate colla forcipressura ne morirono solo 3, una per coma diabetico, una per sepsi ed una per ileo.

Sajajitzki (Mosca), cita 65 casi operati da lui e fa in proposito osservazioni sulla statistica russa.

Martin (Berlino), osserva che in taluni casi la legatura progressiva con catgut è un mezzo eccellente: si danno certamente casi nei quali la cosa procede più facile colla forcipressura.

Ha abbandonato il drenaggio, ma non può neppure raccomandare l'uso della garza jodoformica per il pericolo di intossicazione. Per ciò che riguarda i risultati finali non ritiene sufficiente un periodo di osservazione di due anni senza recidiva, avendone osservato anche dopo 3 anni, specie nelle ovaje.

Kaltenback (Halle). — Ritiene la cura palliativa indicata solo nelle donne molto vecchie nelle quali l'accrescimento della neoformazione procede assai lentamente: ha chiuso in 80 casi totalmente la ferita per difenderla della sepsi: non è partigiano del drenaggio che è inutile quando il cavo di Douglas sia sterilizzato ed asciutto ed è anche inclinato a credere che la grande differenza nella mortalità fra i vari operatori, dipenda appunto dal lasciare aperto o chiuso il peritoneo.

Czerny (Heidelberg). — Constata gli immensi progressi fatti dal metodo negli ultimi anni tantochè ora se ne discutono solo i dettagli. Riguardo al metodo sacrale, da lui eseguito in tre casi, constata che con esso si possono assai meglio liberare i parametrii. In ogni caso questo metodo verrà in discussione nel prossimo congresso.

Fraenkel. — Comunica un caso nel quale, dopo semplice amputazione galvanica della *portio* carcinomatosa, la donna, ancor giovane, è tuttora libera da recidive dopo 8 anni; accorda però alla estirpazione totale la massima sicurezza.

Péan (Parigi), parla del suo processo di sminuzzamento dei grossi tumori onde estirparli per la via vaginale: con tal mezzo furono operati molti tumori detti inoperabili; in gravi nevrosi riflesse egli preferisce l'isterectomia alla ovariotomia.

Dott. R. Polacco.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

ERRATA-CORRIGE AL FASCICOLO DI FEBBRAIO

Pag.	*Linea.*	**Errata.**	**Corrige.**
126	15	abbiamo	abbiano
128	12	sesso	senso
131	9	scielta	scelta
133	31	al punto dell'intestino costretto	al punto indicato dell'intestino
141	30	5	75
141	32-33	e su questo appoggiata una spalla	e appoggiato su una spalla
142	8	di lui.	di lui, Saxtorph e Bang.
143	16	intorno ai sunnominati osservatori furono già pubblicate	furono già pubblicate dai sunnominati osservatori
143	18	indagini storiche	indagini
143	19	ricerche sotto il nome del tocodinamometro	ricerche sulle contrazioni, come già lo indica il nome di tocodinamometro
143	19	per precedere	come studio preliminare che doveva precedere
143	20	abbisognavano ancora	abbisognarono circa
143	21	diattrica	diottrica
143	22	meccanesimo, quando	meccanesimo, nè ancora, sempre alla ricerca di nuovi mezzi di dimostrazione, voleva pubblicare i risultati a cui era pervenuto, quando
143	29	di	da
143	29-30	La sutura sagittale doveva collocarsi parallelamente al diametro ovale del capo fra le due coscie	La fessura che decorre nel senso antero-posteriore fra i suoi due fasci dovrebbe collocarsi parallelamente alla sezione trasversale ovale della testa
143	31	posizione	accomodazione
143	33	sutura	fessura
143	33	ruotare	ruotarla
143	34	comincia prima	comincia soventi prima
143	34	sutura	fessura
143	36-37	il piriforme e l'otturatore interno dell'ano	i piramidali e gli otturatori interni
144	8	la piccola fontanella	la piccola fontanella, quando trovasi primitivamente nel quadrante posteriore,
144	12	compresso	spinto
144	18	perchè	che cioè

Pag.	Linea.	Errata.	Corrige.
144	19	dovrebbe	debba
144	29	ma può prodursi una	qualunque sia stata prima la
144	31	quando si mantiene la direzione sagittale e si manifesta una deviazione frontale	quando avviene la restituzione sagittale mentre havvi ancora un po' di deviazione frontale
144	31	Tuttavia	, tuttavia
144	32	quando	più di quello che
144	35	quindi resa più manifesta	questa prodotta
145	10	contro questa	rispetto alle spalle
145	21	Lo stretto	La parte stretta
145	31	l'inclinazione	la flessione
146	15	forma di forza di restituzione	forza di restituzione di forma
150	34	stiramento di tutto l'amnios ad opera del corion	retrazione di tutto l'amnios sul corion
150	35	pelle	membrane
151	9	situazione	rottura
152	22	di	si ebbe
154	12	Halbestema	Halbentma
156	10	materma	materna
157	33-34	su un gran numero di parti da lui sorvegliati o diretti, fra i quali si contano solo 43 casi di morte	su 43 casi di parti, da lui sorvegliati o diretti
158	10	membrane : furono	membrane, furono
167	1	nella	della
167	18	terapeutici	terapeutico
169	28	scielta	scelta
172	8	Midleresex	Middlesex
176	27	atisepsi	antisepsi
181	25	Chucking	Schücking
182	1	peritonio	peritoneo
186	17	una	mentre in uno
187	14	vescica	vagina
187	20	uretrale alla piaga	ureterale alla ferita
187	23	laparotomia	incisione come nella cistotomia soprapubica
187	33	della piaga	dell'orificio
187	34	questa	questo
187	37	piaga	ferita
187	40	piaga	ferita

Anno XIII. Marzo 1891. Num. 3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

L'ITTIOLO IN GINECOLOGIA

NOTE ED OSSERVAZIONI CLINICHE

DEL

DOTTOR **ROMOLO POLACCO**, ASSISTENTE

I lavori fino ad oggi pubblicati intorno all'uso dell'ittiolo in ginecologia sono pochissimi, mentre assai numerosi sono quelli che, dalla pubblicazione fatta nel 1883 da Unna in poi, riferiscono intorno all'uso ed agli effetti di questo medicamento nelle forme cutanee. È dubbio se la causa di ciò si debba ricercare nell'indirizzo specialmente operativo preso dalla moderna ginecologia o se la diffidenza, in buona parte giustificata, che ormai circonda tutti i nuovi rimedii, che con troppa frequenza e fors'anche con troppa avventatezza si introducono nella pratica, abbia colpito anche l'ittiolo. — Ad ogni modo parve al mio maestro prof. Mangiagalli, che non dovesse riuscire inutile lo sperimentare largamente nel campo ginecologico un mezzo presentato come molto efficace da un nome autorevole come quello di Freund.

L'ittiolo non è finora una sostanza chimicamente bene caratteriz-

zata: si ottiene dalla distillazione di uno schisto bituminoso che si trova a Seefeld nel Tirolo a 3-4000 piedi sul livello del mare. Questa roccia contiene fra altri fossili anche quelli assai numerosi di pesci ed animali marini, onde il nome di ittiolo (ichthyol). Secondo E. Baumann e Schotten l'olio greggio di ittiolo costituisce un'olio giallo-bruno, trasparente, quasi insolubile nell'acqua, di odore aromatico, del peso specifico 0,865. Bolle tra 100° e 255° C. Se si sottomette alla distillazione frazionata, tra 100° e 120° C. passa circa il 6 0[0, il 53 0[0 tra 120° e 160° il 33 0[0 tra 160° e 225 e il 5-6 0[0 a 225°-255.°

Con acidi diluiti si può sottrarre all'olio una copiosa quantità di basi azotate tra cui si trovano la chinolina ed i suoi omologhi. Con gli alcalini si è potuto sottrarre finora dall'olio greggio circa 8 0[0 di acidi non esattamente caratterizzati: non vi si ritrovarono i fenoli (1). Si usa più spesso in terapia il *solfo ittiolato d'ammonio* che si chiama anche ittiolo e si ottiene neutralizzando l'acido solfoittiolico con l'ammoniaca. È un liquido rosso-bruno che, riscaldato fortemente, brucia, trasformandosi in carbone, e che è solubile nell'acqua come anche in un miscuglio a parti eguali di alcool e di etere. Oltre a questo si adopera anche il *solfo ittiolato di sodio*, che si ha neutralizzando l'acido solfo-ittiolico libero con soda caustica. È una massa catramosa, di color bruno oscuro, di odore bituminoso, che si scioglie nell'acqua dando luogo a un liquido verde-bruno cangiante.

Sonvi poi, ma poco usati, il *solfoittiolato* di *zinco*, di *litio* e di *mercurio*.

La tolleranza per l'ittiolo è veramente notevole, e si deve subito notare che il suo odore punto aggradevole e il suo sapore disgustoso parrebbero dover determinare facili nausee ed eruttazioni mentre questo non è: pillole di 10 centigr. l'una prese a tre per giorno e da 25 centigr. due volte al dì, date mentre si continuava la cura esterna con pomata di ittiolo in lanolina od in vaselina al 10 e al 20 0[0 e l'applicazione di tamponi in glicerina al 10 0[0, non destarono nelle ammalate alcun fenomeno disaggradevole o molesto, anzi molte e molte volte, fin dal principio della cura ittiolica, si notò un risveglio nell'appetito e la

(1) « I nuovi rimedii di F. Loebisch. » Napoli 1888, pag. 408 e seguenti.

regolarizzazione dell'alvo, cose che prima in molti modi e con molteplici rimedii si aveva invano tentato di ottenere.

Pochissimi, come dissi, ed assai concisi sono i lavori sull'uso dell'ittiolo nelle malattie ginecologiche: primo fra tutti ad impiegarlo ed a raccomandarlo rendendo noti i risultati ottenuti, i quali erano veramente incoraggianti, fu il Freund (K. W. Freund « Ueber die Anvendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten. » *Berl. Klinisch Wochenschr.* N. 11 1890). Dal prurito dei genitali esterni alle erosioni del collo, alle cicatrici della vagina e della *portio*, alla metrite cronica, alle infiammazioni delle ovaie e delle trombe, alla perimetrite cronica e subacuta, si può dire che tutte le forme di malattia non acuta degli organi genitali muliebri tentò il ginecologo tedesco di curare coll'ittiolo amministrando internamente pillole, applicando tamponi vaginali e pomate sull'addome. I risultati furono così rapidi, così incoraggianti, sia dal punto di vista generale, che da quello della malattia locale, che insieme al fatto di non avere notato *mai, in nessun caso*, conseguenze dannose, condussero il Freund alla conclusione davvero importante che « sempre nelle malattie infiammatorie genitali femminee che conducono ad intervento operativo, prima di procedere a questo, si faccia almeno un tentativo di cura ittiolica; abbastanza spesso si potrà senz'altro dimettere le pazienti guarite. »

Spinti dalla comunicazione del Freund i dottori Reitmann e Schönauer, assistenti alla clinica del prof. V. Braun-Fernwald in Vienna, lo sperimentarono in 100 casi che curarono per la massima parte ambulatoriamente (« Zur Jchthyol-Behandlung von Frauenkrankheiten von D.r Reitmann und D.r Schönauer. » *Viener Klinisch. Wochenschr.*, 1890, N. 33). Essi pure ottennero dalla cura ittiolica effetti veramente splendidi tanto che qualche volta « donne che a grande fatica ed in preda a violenti dolori si erano trascinate fino alla clinica, vi ritornavano 24 ore dopo la applicazione del primo tampone vaginale all'ittiolo senza dolori nel camminare e senza molestie. Oltre a questo, i due autori succitati poterono seguire l'azione risolvente dell'ittiolo la quale fu' « distinta nella massima parte dei casi, ed in alcuni così rapida e meravigliosa *(so eclatant und rasch)*, come ad essi non era stato prima d'allora possibile ottenere con nessuno dei metodi precedentemente conosciuti. Il metodo di cura usato fu quello dei tamponi di ittiolo in glicerina

I risultati dei 127 casi commentati in questa memoria, di cui 28 di endometrite cervicale, 4 di metrite cronica e 27 di parametrite, si possono dire in complesso buoni, perchè non bastano ad infirmare il valore terapeutico di un rimedio uno, due od anche parecchi insuccessi, quando i casi presi in osservazione sono moltissimi e di malattie di natura così varia o ribelle come quelle che si osservano nell' apparecchio sessuale femmineo. Il complesso degli effetti ottenuti dal Kötschau fu quindi assai buono.

Si poteva adunque concludere che un esperimento largo, coscienzioso ed attento dell' ittiolo fosse più che giustificato perchè, quand' anche il rimedio non avesse in tutto corrisposto alla aspettazione ed avesse solo in parte realizzato i vantaggi che a suo riguardo erano già stati riferiti da varii noti ginecologi tedeschi, non sarebbe stato davvero un disprezzabile ausiliario nella cura di quelle malattie ginecologiche, specialmente degli annessi, pei sintomi più molesti delle quali, come per il dolore, si esauriscono non di rado inutilmente tutti o pressochè tutti, i mezzi della terapia medica.

Come agisca l'ittiolo non è fino ad oggi bene stabilito, e, se io non ho potuto istituire esperienze mie proprie al riguardo, trovo però strane e contraddicentisi le asserzioni di taluno (cf. Richard Bloch lav. cit.), che gli attribuisce una azione costrittrice vasale spiccata, negandogli poi subito dopo, quasi ogni azione emostatica. Ad ogni modo è certo che i suoi effetti si possono ritenere, in parte dovuti all'azione osmotica della glicerina, la quale però non dividerebbe coll'ittiolo la prontezza e l'efficacia dell'azione analgesica, che gli è propria.

Poche volte l' ittiolo fu adoperato nelle forme ancora a stadio acuto; il più delle volte si adoperò quando, cessata la febbre e persistendo vivo il dolore, si voleva iniziare una cura che manifestasse una azione analgesica e facilitasse nello stesso tempo il riassorbimento degli essudati. Di solito, durante il periodo acuto, si faceva precedere nelle forme di peri e parametrite l'applicazione dei bagnoli caldo umidi a permanenza sull'addome, qualche volta quella di semplici tamponi di glicerina, si amministrava l'antipirina a scopo antitermico ed al tempo istesso analgesico, e solo dopo che i fenomeni febbrili erano cessati, si iniziava la cura coll'ittiolo, applicando sull'addome pomate di ittiolo, in vagina tamponi, ed amministrando per via gastrica le capsule nel modo indicato sul

principio di queste note. Però dopo qualche tempo si trovò ragionevole la modificazione proposta dal Bloch (lav. cit.) di sostituire al tampone vaginale pennellature nei fornici con soluzione di ittiolo in glicerina al 10 0[0; ciò perchè il tampone poteva, ostacolando il deflusso dei liquidi fluenti dalla cavità uterina e dalla vaginale, essere causa indiretta di irritazione locale e di danno. Ed infatti si potè prontamente osservare che le ammalate tolleravano assai più volentieri le pennellature che i tamponi e che quelle avevano realmente effetti analgesici superiori agli effetti da questi prodotti. A poco a poco la fiducia nell'ittiolo andò aumentando e si cominciò ad usarlo anche nelle forme di peri e parametrite a stadio subacuto ed acuto con effetti che bisogna riconoscere come assolutamente buoni.

In tutto si sottoposero ad esame oltre 130 donne, e fra queste circa 30 furono sottoposte a cura ittiolica nell'Ambulatorio Ginecologico dell'Ospedale Maggiore. Qui, come del resto per ogni altro metodo terapeutico, gli effetti risultarono alquanto inferiori a quelli ottenuti nelle Sale Ospedaliere e ciò per le cause abituali; incostanza nella continuazione della cura e disordini sessuali o d'altro genere commessi dalle donne mentre si sottoponevano al metodo terapeutico loro indicato.

Le forme più frequenti nelle quali si sperimentò furono le peri e parametriti, le ovariti e le paraovariti, le salpingiti, le ovarosalpingiti di origine puerperale ed anche blennorragica, le metriti parenchimatose e le endometriti.

Nessun rimedio finora sperimentato da noi, e notisi che nel nostro Comparto si sperimenta largamente ogni medicamento che appaia razionale e sia stato dimostrato come proficuo, dimostrò una azione analgesica così pronta, così spiccata, così sicura come l'ittiolo, onde molte e molte volte ci potemmo persuadere della attendibilità della asserzione del von Nussbaum, secondo la quale dolori intensi per gotta che erano durati senza interruzione *per otto ore cessarono interamente, dopo la applicazione esterna d'ittiolo, in un minuto.* In un solo caso assai grave, di peri e parametrite puerperale l'azione analgesica tardò, ma insistendo, la si ottenne anche qui, e completa.

Meno pronta e meno evidente apparve invece l'azione solvente, per quanto, in taluni casi, tale azione riuscisse assai spiccata; grandi essudati di peri e parametrite e di periovarite furono assorbiti in periodi

di tempo relativamente brevissimi e con un andamento terapeutico così calmo e progressivo come finora con nessun altro medicamento si era osservato. Già da lungo tempo nel nostro Comparto si erano fatte esperienze molteplici e probative sulla azione, del resto da antichissimo tempo nota, che l'ioduro potassico dispiega su tali forme essudative. Ma, oltre che l'amministrazione dello ioduro non riesce sempre facile in causa del suo sapore disgustoso, pel quale molte ammalate rifiutano assolutamente di prenderlo, non si può disconoscere come talune volte l'uso interno di questo medicamento determini notevoli ed ostinate forme di irritazione gastrica cui non di rado si aggiungono forme spiacevoli e dolorose di irritazione cutanea e faringea. Ed è noto che talune volte queste irritazioni gastriche e cutanee si manifestano anche con dosi piuttosto esigue di ioduro ed in maniera così frequente e ribelle da doversi venire a frequenti sospensioni della medicina.

È ben vero che il modo che si usa nell'amministrare il ioduro può influire d'assai nel determinarne la maggiore o minore tolleranza, onde a mo' d'esempio, il darlo in soluzione allungata immediatamente prima del pasto, od il farlo bere in una notevole quantità di latte può renderlo per nulla dispiacevole al gusto e ben tollerato dallo stomaco; ma ad onta di ciò non si può negare che in taluni e non rarissimi casi questo medicamento sia ben poco tollerato. Nelle ammalate che noi studiammo, la cura interna di ittiolo non determinò *mai* alcun disturbo; e se due o tre volte la si dovette sospendere contemporaneamente alla sospensione che si attuava per la cura esterna, questo si fece per un eccesso di precauzione, perchè si potè prontamente riconoscere che la forma di eritema (localizzata del resto alla cute della parte inferiore dell'addome proprio fino al punto nel quale si applicava la pomata), era stata determinata dall'uso di pomata di ittiolo in lanolina al 20 0[0 mentre per uso anche prolungatissimo di pomate al 10 0[0 la si ebbe assai raramente. Più tardi, continuando le ricerche, potei notare che usando pomate di ittiolo in vaselina non si aveva l'eritema o, se questo si manifestava, era assai più tardo, più scarso e meno molesto, e guariva ben più rapidamente che non quello consecutivo all'uso di pomate di ittiolo con lanolina. Ad ogni modo si trattò sempre di cosa poco importante da non meritare neppure alcun altro provvedimento all' infuori della semplice sospensione della cura ittiolica durante due o tre giorni.

Debbo aggiungere che nessun inconveniente si ebbe mai ad osservare colle iniezioni endouterine di ittiolo al 10 0[0 in glicerina che si usarono nella cura delle endometriti anche quando, in cavità ingrandite notevolmente da processi endometritici antichi, si fecero iniezioni usando siringhe di Braun della capacità tripla dell' ordinaria, onde si può dire che anche per tale via la tolleranza per l' ittiolo è grandissima, come del resto per l' uso che se ne fece per via gastrica pel quale tuttavia non si oltrepassarono mai i 75 centig. *pro die.*

Dopo di avere a lungo sperimentato l' ittiolo, convinto della grande sua efficacia e della tollerabilità assoluta, mi decisi a sperimentarlo puro per iniezioni endouterine nei casi di endometriti ribelli anche emorragiche, facendo talvolta precedere il raschiamento e praticando qualche volta, senza altra cura precedente, l' iniezione endouterina di solfoittiolato di ammonio puro. Gli effetti furono più che buoni, ottimi e di una tale prontezza da meravigliare; non ebbi tempo di eseguire molte prove ma, da quelle eseguite, posso concludere che non conosco alcun rimedio che possa dare nelle endometriti risultati egualmente buoni.

Rammento in ispecie il caso di una certa A. A. entrato in Comparto il 9 febbraio con una endometrite a secreto purulento. Siccome questa paziente aveva subito nell' agosto 1890 l' operazione di Alexander con risultati buonissimi, si ritenne dannoso l' esercitare trazioni sull' utero per praticare il raschiamento e si fece una iniezione endouterina di solfoittiolato d'ammonio puro previe le consuete norme antisettiche e sulla scorta del dito. Tale iniezione fu praticata nel giorno 12 febbraio, e la donna veniva dimessa il giorno 21 senza più traccia di perdita.

A queste note segue in forma riassuntiva l' esposizione di alcune osservazioni, scelte a caso, fra le moltissime ammalate che subirono la cura ittiolica: molte donne vollero uscire tostochè la cessazione dei dolori e dei disturbi specialmente della deambulazione e della defecazione dava loro il senso subbiettivo di guarigione, ed in qualche caso, che non è per altro riportato nelle osservazioni qui accennate, l' uscita avvenne pochissimi giorni (qualche volta tre o quattro) dopo l' inizio della cura.

Num. d'ordine	Cognome e Nome N. di Regis.	Stato presente e diagnosi all'inizio della cura	Metodo di cura e tempo	Osservazioni e note	Esito
1	M. G. R. 78	Utero spostato in totalità verso l'arco pelvico ant. e un po' a sin. da un voluminoso essudato che deprime la volta vag. post. e si applica alla parete post. dell'utero fissando quest'organo completamente. DIAGNOSI: *Essudato peritoneale retrouterino.*	Dal 1 al 29 ottobre. Ittiolo: Glicerina p. tamponi con ittiolo al 10 0|0. Lanolina con ittiolo al 20 0|0 per applicazioni sul ventre. Pillole di sodio solfo ittiolo da 10 cent. 2 al giorno, poi 3 al giorno.	Pronta cessazione del dolore. Nessun effetto sull'appetito e sulle defecazioni. Esce dall'Ospedale migliorata moltissimo e in corso di mestruazione.	Miglioramento notevole.
2	M. A. R. 77	Utero completamente fisso ed avvolto da una massa notevole di essudato che lo circonda completamente elevandosi in ispecie a sinistra. (Ult. parto 3 luglio). DIAGNOSI: *Cellulite pelvica puerperale.*	Dal 26 settembre al 26 ottobre. Come sopra.	Ebbe nei primi giorni lievi elevazioni termiche. Cessate queste (pill. d'oppio, bagnoli caldi), si intraprese la cura coll'ittiolo. Con questa pronta e completa cessazione del dolore, alvo regolare, diminuzione grande della tumescenza.	Cessazione d'ogni disturbo.
3	C. M. R. 31	Utero grosso, poco involuto, sorpassa di 3 dita trasv. il pube. A d. e posteriormente un grosso essudato perimetritico involge gli annessi corrispondenti (Ult. parto 21 agosto). DIAGNOSI: *Perimetrite laterale d. Subinvoluzione uterina.*	Dal 25 settembre al 28 ottobre. Idem.	Dopo pochi giorni cessazione della perdita, involuzione completa dell'utero. Persiste, benchè diminuita, la tumescenza.	Cessazione d'ogni disturbo.
4	G. A. R. 31	DIAGNOSI: *Antiflessione con retroposizione e reliquati di parametrite.*	Dal 20 settembre al 15 ottobre. Idem.	Dopo pochi giorni cessazione dei dolori, meno stentata la deambulazione. Alvo sempre pigro.	Cessazione d'ogni disturbo.
5	C. G. R. 52	DIAGNOSI: *Parametrite.*	Dal 21 ottobre al 5 novembre. Idem.	Pronta cessazione dei dolori, miglioramento notevole nel generale, essudato rapidamente risolventesi.	Cessazione d'ogni disturbo.
6	O. V. R. 6	Utero grosso, volta vag. post. spinta in basso da una tumescenza appiattita, dura, indolente immobile. DIAGNOSI: *Parametrite posteriore.*	Dal 7 ottobre al 2 novembre. Idem.	Pronta cessazione dei dolori, benessere. Nessun effetto sull'alvo che è pigro.	Cessazione d'ogni disturbo.

Num. d'ordine	Cognome e Nome N. di Regis.	Stato presente e diagnosi all'inizio della cura.	Metodo di cura e tempo	Osservazioni e note	Esito
7	P. A. R. 85	DIAGNOSI: *Ovaro salpingite cistica post'abortiva.*	Dal 26 ottobre al 19 novembre. Come sopra.	Dopo le prime applicazioni, diminuzione del dolore che va rapidamente scomparendo. Col progredire della cura la tumefazione diminuisce gradatamente.	Esce guarita.
8	C. L. R. 65	DIAGNOSI: *Peri-ovaro salpingite.*	Dal 12 novembre al 21 dicembre. Idem.	Dolori diminuiti subito dopo l'inizio della cura, tumescenza diminuita di una buona metà dopo circa 20 giorni. Si deve sospendere dopo quasi un mese la applicazione esterna della pomata di ittiolo per arrossamento della cute dell'addome.	Esce assai migliorata.
9	L. C. R. 29	DIAGNOSI: *Ovaro salpingite d. puerperale.* (Essudato grosso quanto una arancia nel fornice vaginale destro).	Dal 8 novembre al 1 dicembre. Idem.	Dopo 20 giorni dall'inizio della cura si nota: utero in retroflessione mobile, scomparso l'essudato, residua qualche briglia cicatriziale nello spazio del Douglas che non impedisce la mobilità dell'utero. Si applica un pessario.	Esce guarita.
10	C. D. R. 64	Utero un po' grosso, spostato in totalità contro l'arco pelvico ant. da una tumescenza del volume di una grossa melarancia. DIAGNOSI: *Peri-ovaro salpingite sinistra.*	Dal 28 novembre al 21 dicembre. Idem.	Cessato prontamente il dolore, la tumescenza non diminuisce e, al momento dell'uscita, sembra divenuta più elastica.	Stazionaria.
11	G. A. R. 27	DIAGNOSI: *Reliquati di perimetrite. Ovaro-salpingite destra.*	Dal 6 novembre al 3 dicembre. Idem.	Nei primi giorni non risente miglioramento notevole, poi la tumescenza va rapidamente diminuendo, tantochè l'ovaio dopo 20 giorni aveva raggiunto il volume normale.	Esce guarita.
12	R. A. R. 30	Utero grosso di forma regolare, sferica, a destra una tumescenza molto dolente, a contorni poco precisi che appiana il fornice vaginale e si applica contro la parete pelvica. DIAGNOSI: *Ovaro-salpingite d. con perimetrite e sospetto di nodo fibromiomatoso nel corpo uterino.*	Dal 9 novembre al 3 dicembre. Idem.	Dolore scomparso dopo le prime applicazioni di ittiolo e cessazione della perdita sanguigna. A momento dell'uscita l'utero è diminuito di volume, meno duro e la tumescenza è ridotta circa al volume di una noce poco o nulla dolente.	Cessato ogni disturbo.

Num. d'ordine	Cognome e Nome N. di Regis.	Stato presente e diagnosi all'inizio della cura	Metodo di cura e tempo	Osservazioni e note	Esito
13	P. I. R. 55	Utero trattenuto all'arco pelvico sin. da fitte aderenze. Posteriormente ed a d. una tumescenza elevata molto irregolare sulla quale si disegna l'ovaio ingrandito di volume. DIAGNOSI: *Ovaro salpingite d. con reliquati di perimetrite.*	Dal 17 novembre al 11 dicembre. Come sopra.	Dolori subito cessati, dopo 15 giorni non si avverte più nulla della tumescenza notata a destra.	Esce guarita.
14	B. T. R. 69	Utero, molto voluminoso, in latero-versione d. fissato alla parete pelvica da un piastrone essudativo, mentre un grosso essudato deprime e rende convesso il fornice post. e quello di sinistra, e l'ovaio d. della grossezza di una mandarina è involta da una atmosfera di essudato. DIAGNOSI: *Peri e parametrite puerperale.*	Dal 1 novembre al 7 dicembre. Idem.	Subito dopo l'inizio della cura ittiolica i dolori cessarono, l'essudato andò rapidamente diminuendo tantochè, mentre nei primi giorni dall'ingresso della donna si pensava di dovere intervenire con qualche incisione, la guarigione procedette invece rapidissima.	Esce guarita.
15	S. R. R. 72	DIAGNOSI: *Peri-ovaro-salpingite puerperale.*	Dal 1 gennaio al 25 gennaio. Idem.	Miglioramento rapido.	Esce guarita.
16	G. C. R. 36	Utero fissato da due tumescenze elastiche laterali riunentisi sulla linea mediana. DIAGNOSI: *Ovaro-salpingite cistica bilaterale. Essudato peri-uterino.*	Dal 20 novembre al 25 gennaio. Idem.	È questo uno dei casi più importanti e più dimostrativi. L'essudato che pareva sulle prime ribelle alla cura ittiolica sopratutto per i molteplici disordini e le intemperanze della ammalata, scomparve a poco a poco completamente. Rimase l'ovaro salpingite cistica ma così ridotta, così esente da disturbi che non si credette di intervenire operativamente.	Esce guarita.
17	M. M. R. 19	DIAGNOSI: *Parametrite puerperale bilaterale.*	Dal 16 dicembre al 25 gennaio. Idem.	Miglioramento lentissimo ma evidente. Dopo qualche tempo ai tamponi vaginali si sostituirono le iniezioni endouterine.	Esce assai migliorata.
18	B. M. R. 35	DIAGNOSI: *Uretrite neisseriana, Periovarosalpingite.*	Dal 20 novembre al 11 gennaio. Idem.	Pronta cessazione dei dolori all'inizio della cura ittiolica. Graduale e relativamente rapida scomparsa della tumescenza.	Esce guarita.

Num. d'ordine	Cognome e Nome N. di Regis.	Stato presente e diagnosi all'inizio della cura	Metodo di cura e tempo	Osservazioni e note	Esito
19	C. P. R. 66	DIAGNOSI: *Ovaro-salpingite bilaterale con peri e parametrite.*	Dal 15 dicembre al 13 gennaio. Come sopra	Cessazione rapida dei dolori, diminuzione della tumescenza, finchè al momento dell'uscita tutto quello che era essudato periuterino era scomparso e si individualizzavano bene gli organi pelvici. Permaneva l'ovaro salpingite bilaterale però senza disturbi.	Esce assai migliorata e senza disturbi.
20	M. G. R. 22	Tumescenza della grandezza di un arancio nel quadrante inferiore destro, elastica, fluttuante, in rapporto col corno uterino di destra e aderente nello stesso tempo alla parete pelvica. DIAGNOSI: *Peri-ovaro salpingite destra.*	Dal 23 dicembre al 3 gennaio. Idem.	Rapida risoluzione.	Esce guarita.
21	B. A. R. 20	DIAGNOSI: *Metrite parenchimatosa. Ovaro-salpingite sinistra.*	Dal 20 dicembre al 31 gennaio. Idem.	Risoluzione pronta della forma infiammatoria degli annessi. Miglioramento notevolissimo delle condizioni uterine.	Esce guarita.
22	S. R. R. 10	DIAGNOSI: *Postumi di parametrite e perimetrite.*	Dal 2 dicembre al 11 gennaio. Idem.	Si fece prima qualche applicazione esterna e vaginale di ittiolo, poi una iniezione endouterina, i disturbi scomparvero prontamente.	Esce guarita.
23	F. E. R. 60	DIAGNOSI: *Perimetrite laterale destra. Retrolatero flessione destra.*	Dal 14 novembre al 22 dicembre. Idem.	I dolori scomparvero in modo piuttosto lento, si potè grazia alla diminuzione e poi alla scomparsa della tumescenza applicare un pessario e la donna uscì in buono stato.	Esce guarita.
24	C. A. R. 22	DIAGNOSI: *Ovaro salpingite d. puerperale.*	Dal 6 al 16 novembre. Idem.	. . . . .	Esce guarita.
25	D. E. R. 79	DIAGNOSI: *Metrite e parametrite. Ovaro salpingite doppia.*	Dal 2 ottobre al 9 novembre. Idem.	Scaduta assai nella nutrizione e con note gastriche evidentissime all'inizio della cura, migliorò poi di molto nel generale ed al momento dell'uscita si riscontrava l'utero in anteflessione fisiologica ed ogni traccia di essudato scomparsa.	Esce guarita.

CONCLUSIONI.

Proseguono tuttora le esperienze e i metodi di impiego dell'ittiolo si vanno man mano modificando: ad esempio in alcune malate che trovansi tuttora in corso di cura per voluminosi essudati, si associa la cura interna jodica alla ittiolica per via vaginale ed esterna, in altre, affette da endometrite emorragica o no, si fanno precedere le iniezioni endouterine di ittiolo dal raschiamento.

Ma dai casi fino ad ora studiati e dalle esperienze fatte che furono del resto vastissime, si può concludere essere l'ittiolo non solo un medicamento che merita di restare nella pratica ginecologica, ma che ha conquistato uno dei primi posti nella cura delle malattie più dolorose e più ribelli della sfera genitale femminea. La sua azione analgesica infatti è delle più spiccate. Casi in cui dolori violenti avevano resistito alle iniezioni di morfina ed a dosi di 9 centigr. di codeina dati in una sola notte ebbero dall'ittiolo, generosamente applicato, pronto e durevole sollievo. E la azione solvente di questo rimedio deve essere posta a pari di quella dello joduro di potassio avendo a proprio favore il vantaggio di una tolleranza grande, assoluta, che non ebbe mai in nessun caso a mancare.

Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche più comuni

STUDIATO DAL LATO STORICO

e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi

PEL

Dott. PERICLE SACCHI

Libero Docente d'Ostetricia, Medico Primario della Maternità di Cremona.

(Continuazione, vedi pag. 118).

Passiamo ora all'altro quesito che ci siamo proposto, cioè quali sieno le misure del capo fetale all'epoca di gestazione in cui può aversi un feto vivo e vitale, e conseguentemente quale sia il limite minimo di restringimento del bacino, in cui la operazione del parto precoce artificiale deve essere ammessa.

Presento nel seguente prospetto le varie misure del diametro biparietale del feto negli ultimi tre mesi di gravidanza secondo parecchi ostetrici, alle quali aggiunte quelle da me raccolte, ne traggo le medie rispettive:

Diametro biparietale in millimetri

Autori	Mese di gestazione						Autori	Mese di gestazione					
	9	8 1/2	8	7 1/2	7	6		9	8 1/2	8	7 1/2	7	6
Burns	—	—	81.0	—	74.0	67.0	Marchioneschi .	89.3	86.6	80.6	79.1	—	—
Calderini	91.1	85.5	80.6	75.3	70.5	—	Naegele	94.0	—	81.0	—	67.0	—
Cazeaux e Tarnier	90.0	85.0	80.0	75.0	70.0	—	Ritgen	90.0	85.0	80.0	75.0	70.0	—
							Salomon	—	—	79.0	74.0	69.0	—
Charpentier . .	90.0	85.0	80.0	75.0	70.0	—	Schröeder . . .	—	88.3	—	86.9	81.6	—
Dubois	95.9	—	84.6	—	68.8	—	Stoltz	95.9	—	88.0	—	72.2	—
Krause	88.0	82.3	81.3	81.2	71.5	—	Van Huevel . .	91.4	—	77.7	—	71.1	—
Joulin	—	86.5	80.0	70.0	65.0	—	Mie osservazioni						
La Chapelle . .	—	90.2	86.2	83.5	74.4	—	(75)	91.4	89.7	—	82.0	76.6	66.6

Le medie che si traggono da questo prospetto sono le seguenti: a 9 mesi, mm. 91. 5; ad 8 1[2, 86. 4; ad 8, 81. 4; a 7 1[2, 77. 9; a 7, 71. 3; a 6, 66. 8. Ma per due ragioni, entrambe degne di considerazione, non dobbiamo tenerci paghi di questa misura del diametro parietale dei feti immaturi; e stanno, l' una, nel fatto che nelle pelviche stenosi non è sempre il diametro biparietale, che nel meccanismo del parto viene a mettersi in rapporto colla C. O., l'altra nella riducibilità propria del capo fetale. Se noi consideriamo il modo con cui si impegna il capo fetale nei restringimenti di bacino più lievi fino a quelli di 67 mm., vediamo che si può distinguerne tre categorie. Nella prima, di cui il limite inferiore della C. O. può ritenersi di 95 mm., la testa invece di impegnarsi secondo uno dei diametri obliqui del bacino, si impegna nel senso trasversale, ma il biparietale che si dispone secondo la C. O., non può trovare alcun ostacolo alla discesa, onde il parto può farsi benissimo a termine spontaneamente. L'occipite si abbassa, la testa si flette e discende fino al fondo del bacino, conservando la sua posizione trasversale.

Nella seconda categoria, che comprenderebbe i bacini di cui la C. O. varia da 95 ad 85 mm., le cose corrono diversamente; il diametro biparietale, anche riducendosi, si conserva superiore alla C. O., la testa si flette, ma per impegnarsi bisogna che tale flessione si esageri, ed allora alla C. O. non corrisponde più il B. P., ma un diametro intermedio fra il biparietale ed il bitemporale, diametro che il Tibone chiamò *ostetrico* per distinguerlo dal normale od *anatomico*, e che corrisponde alla linea centrale del capo perpendicolare al diametro occipito frontale.

Per altro, secondo Haselberg, questo impegno del capo nelle viziature del grado di cui discorriamo, sarebbe eccezionale; poichè ordinariamente invece, la flessione del capo si fa, bensì ancora al disopra dello stretto superiore, ma la fissità dell'occipite non si mantiene, onde alla flessione subentra un leggiero movimento d'estensione, che permette alla testa di impegnarsi definitivamente, ma non col B. P. anatomico e neanche con quello ostetrico, ma bensì col diametro bitemporale.

Nella terza categoria in cui la C. O. varia da 85 a 67 mm., il diametro bitemporale diventa egli pure troppo grande per superare la coniugata ristretta, l'abbassamento quindi del capo non si fa più per flessione, ma per estensione, e le forze espulsive agendo sul braccio di leva cefalico anteriore, fanno impegnare l'estremità anteriore del diametro bitemporale, inclinandosi ordinariamente la testa sul parietale anteriore.

Ciò è quanto avviene nei bacini viziati simmetrici del resto i più comuni: ma anche nelle stenosi assimetriche, in rapporto diverso, sebbene sono questi stessi diametri che vengono a prendere impegno nello stretto superiore, e solo viene in giuoco invece di questi il bimastoideo, quando per presentazione podalica spontanea od artificiale la testa scenda posteriore al tronco. E siccome colla provocazione del parto precoce si finisce per porre a raffronto della C. O., non più i diametri biparietale, bitemporale, e bimastoideo del feto a termine, ma altri più piccoli e tali che possono rendere possibile, in un grado di vizio pelvico più grave, quel meccanismo di parto, che a termine non avviene se non con una C. O., meno viziata, sorge naturalmente il desiderio di non limitarsi alla conoscenza delle medie di misura del diametro biparietale dei feti immaturi, ma appare utile conoscere in questi, anche quelle del biparietale ostetrico, del bitemporale e del bimastoideo.

Delle misure del biparietale ostetrico, io non conosco che quelle indicateci dal Tibone, che misuratolo su 100 feti nati a termine nella Clinica Ostetrica di Torino, lo trovò in media di mm. 88. 58, mentre il biparietale anatomico degli stessi feti misurava in media mm. 91. 62.

Quanto alle misure del diametro bitemporale e bimastoideo, può consultarsi con vantaggio l'accuratissimo lavoro pubblicato nel 1880 da Budin e Ribemont sulle dimensioni della testa del feto; ma essi erano già stati prevenuti in codeste ricerche fino dal 1875 dal professore Calderini, il quale se ne occupò con molta cura nel suo libro sulle Dimensioni del feto negli ultimi tre mesi di gravidanza, e specialmente nei rapporti che esse potevano avere colla provocazione del parto precoce. Al diametro bitemporale il Calderini assegna le seguenti medie: a nove mesi mm. 77; a 8 1[2 mm. 73. 5; ad 8, mm. 69. 8; a 7 1[2, mm. 64. 3; a 7, mm. 62. 3. Il diametro bimastoideo poi secondo le mie 75 osservazioni, alle quali ho già accennato, mi risulta in media: a 9 mesi di mm. 80; ad 8 1[2, di mm. 76. 2; a 7 1[2, di mm. 72. 0; a 7, di mm. 63. 3; ed a 6, di 53. 3 mm.

Il Marchioneschi ne' suoi studi di fetometria dà la media del diametro biparietale pel feto da 1500 a 2000 gr. di peso in cent. 7. 91, da 2000 a 2500 gr. in cent. 8. 06 e da 2500 a 3000 gr. in 8. 66. In quanto poi al diametro bisacromiale e bitrocanterico, che pure nelle gravi ristrettezze si può avere interesse a considerare, egli porge le cifre seguenti rispettivamente pei detti due diametri: cent. 9. 33 e c. 7. 33 pel feto

da 1500 a 2000 gr.; cent. 9. 73 e c. 8. 23 da 2000 a 2500 gr.; cent. 10. 64 e c. 9. 00 da 2500 a 3000 grammi. Dalle mie osservazioni però risulterebbe come media del diametro sternodorsale 65 mm. nei feti di 6 mesi, e 70 mm. in quelli da 7; del bisacromiale 80 mm. a 6 mesi ed 85 mm. a 7 mesi, con una riducibilità pei primi a 72 mm., pei secondi a 78 mm.; e del bitrocanterico di 67 mm. a 6 mesi e di 72 mm. a 7 mesi.

L'altra ragione che dissi modificare il valore delle misure del diametro biparietale, è la riducibilità di volume del cranio fetale, provvida riducibilità, alla quale spesso puossi solamente accagionare l'esito felice del parto a termine in bacini gravemente ristretti. Che il capo fetale possa ridursi nell'atto in cui spinto dalle potenti forze espulsive attraversa il bacino ristretto, è consentito da tutti; ma dove non tutti sono d'accordo, è sul grado di codesta riducibilità. Io qui mi occupo unicamente di quella del diametro biparietale, che può ritenersi presso a poco eguale all'altra del bitemporale e che riguarda più strettamente lo studio nostro. Cazeaux e Tarnier ammettono possibile nel diametro biparietale una riduzione da 4 a 5 mm.; Calderini di 4 a 7 mm., pel feto molto immaturo, e da 7 a 10 mm., pel feto meno immaturo; Charpentier arriva fino ad un centim., Budin (che assegna al diametro biparietale del feto a termine la misura di 95 mm., al bitemporale 80 mm., ed al bimastoideo 70 mm.), capovolgendo le idee da tempo mantenute dal più degli ostetrici, e specialmente sostenute da Barnes ed Olshausen, ritiene in base alle numerore osservazioni raccolte con Ribemont, che il diametro, il quale diminuisce di più, è il sottoccipito-bregmatico, che poi vien secondo il bitemporale, e che quello che diminuisce meno di tutti sarebbe il biparietale. Al che però non ha potuto sottoscrivere il Marchioneschi, il quale coi suoi studi di fetometria pubblicati nel 1880, concluse, che il diametro biparietale diminuisce almeno altrettanto che l'occipito mentoniero e frontale. Tutti però ammettono che la riducibilità del biparietale nel feto immaturo è maggiore che nel maturo, anzi consigliano a far buon pro' di codesta cognizione, quando si tratta di determinarsi alla provocazione del parto precoce; ma io credo che l'ostetrico deve essere prudente in codesto calcolo, ricordandosi di quello che, a tale proposito osserva acutamente il Joulin, che cioè se la testa si riduce più facilmente che nel feto a termine, la forza di resistenza nel feto immaturo è minore e le conseguenze della compressione potranno essere più gravi.

Dopo codeste riflessioni da cui appare quanti dubbi possono sorgere

al pratico nello stabilire il limite di efficienza della provocazione del parto precoce, deducendola dalle cognizioni che abbiamo sulle misure medie dei diametri più importanti del capo fetale, non sarà inutile confortarci collo studio di quei limiti che, interrogando i risultati della propria pratica, molti ostetrici segnarono a sè medesimi nella provocazione del parto precoce. E per quanto mi spiaccia di moltiplicare schemi statistici in codesto lavoro, desidero mostrare nel seguente prospetto i dati che mi sono preso cura di raccogliere, per poterne trarre delle medie, che fondate, come sono, su buon numero di pareri di ostetrici reputati, ci serviranno di buona base ad ulteriore studio:

LIMITE DELLA C. O.

Autore	Minimo mm.	Massimo mm.	Autore	Minimo mm.	Massimo mm.
Balocchi	67	88	Litzmann	72	95
Belluzzi	63	88	Lovati	61	74
Calderini	67	95	Mangiagalli (*)	75	85
Cazeaux	60	—	Naegele	67	94
Cazzani	60	87	Pastorello	67	81
Charpentier	75	90	Porro	65	83
Chiara	65	90	Ritgen	55	81
Chiarleoni	72	85	Scanzoni	52. 3	78. 5
Depaul	60	—	Schroeder	67	—
Dohrn	70	90	Siebold e Kilian	78. 5	91. 6
Dubois	65	—	Silbert	67	83
Kron	75	—	Spiegelberg	80	—
Jacquemier	65	—	Tarnier	55	85
Joulin	65	—	Tibone	80	85
Lazzati	63	90	Velpeau	67. 7	81. 2

(*) Mangiagalli, ammette incontestabile l'utilità del parto precoce artificiale dai 75 agli 85 mm. di coniugata, e non vi rinuncia del tutto neppure da 70 a 75.

Da questi dati, escludendo il limite minimo segnato da Tarnier, Scanzoni e Ritgen, variante da mm. 55. 3 a 55, siccome quello che troppo si scosta dal campo ordinario di azione del parto precoce provocato, riserbandoci di ritornarvi più innanzi la nostra attenzione, le medie dei limiti che ci risultano dall'esposto quadro sono pel minimo mm. 66. 4 e pel massimo mm. 91. 2, le quali combinano colle medie del diametro biparietale entro il termine di vitalità del feto (da 6 mesi compiuti a 9) e che sono 66. 8 mm. la minima e 91. 5 mm. la massima, le quali di alcun che possono essere diminuite se pensiamo alla riducibilità del capo fetale.

Ma prima di tenere assodati codesti limiti, dobbiamo riflettere al caso, che la testa o artificialmente o naturalmente venga posteriore al tronco. In esso, oltre una maggiore riducibilità del capo fetale, abbiamo un diametro più piccolo del biparietale che viene a raffrontarsi colla C. O, ed è il bimastoideo; e le misure di questo da 6 a 9 mesi crescono gradatamente da 53. 3 ad 80 mm.; del che ci gioveremo per appoggiare le considerazioni che più innanzi verremo esponendo.

E prima ancora di intraprendere il raffronto della provocazione del parto precoce colle altre operazioni ostetriche, parmi utile fissare il vero valore che bisogna assegnarle come mezzo per salvare il feto e la madre nelle stenosi pelviche, ed a questo scopo ho raggruppati in un prospetto i risultati di 4629 osservazioni di 35 ostetrici, alle quali ho aggiunto le mie 50 già esposte:

Autori	Numero dei casi	Madri		Feti		Autori	Numero dei casi	Madri		Feti	
		Vive p. 0[0	Morte p. 0[0	Vivi p. 0[0	Morti p. 0[0			Vive p. 0[0	Morte p. 0[0	Vivi p. 0[0	Morti p. 0[0
Ahlfeld	60	98.44	1.66	51.00	49.00	Maygrier . .	—	66.67	33.33	35.30	64.70
Belluzzi (quadro generale)	250	94.80	5.20	80.00	20.00	Meissner . .	14	100.00	0.00	—	—
Braun	34	94.12	5.88	85.30	14.70	Melly	235	94.10	5.90	66.80	33.20
Chiarleoni . .	63	76.20	23.80	38.10	61.90	Merrimann .	47	—	—	40.43	59.57
De Billi . . .	12	91.67	8.33	66.67	33.33	Muller . . .	26	88.46	11.54	50.00	50.00
Dohrn	64	92.30	7.70	55.00	45.00	Olshausen .	15	93.34	6.66	60.00	40.00
Fehling . . .	13	—	—	15.40	84.60	Porro	55	76.55	23.25	23.25	76.75
Gieric	110	76.37	23.63	31.80	68.20	Rigaud e Stanesco . . .	53	69.81	30.19	35.85	64.15
Gönner	20	90.00	10.00	30.00	70.00	Rumpe . . .	14	92.86	7.14	71.40	28.60
Haidlen . . .	38	—	—	67.00	33.00	Sabarth . . .	56	100.00	0.00	48.20	51.80
Hecker	24	100.00	0.00	58.33	41.67	Salomon . .	77	100.00	0.00	25.97	74.03
Kluge	12	100.00	0.00	75.00	25.00	Spiegelberg .	26	—	—	30.70	69.30
Joulin	2064	95.30	4.70	52.20	47.80	Spiegelberg .	219	85.00	15.00	33.10	66.90
M.e Latour . .	250	93.75	6.25	50.00	50.00	Stoltz	211	95.56	4.44	50.00	50.00
D.r Latour . .	922	93.17	6.83	71.34	28.66	Wider	10	90.00	10.00	50.00	50.00
Leopold . . .	45	97.78	2.22	66.60	33.40	Wilde	170	94.70	5.30	43.00	57.00
Litzmann . .	47	92.50	7.50	25.50	74.50	Winckel . .	25	100.00	0.00	24.00	76.00
Lovati	15	93.34	6.66	46.67	53.33	Mie osservaz.	50	90.00	10.00	74.00	26.00
						Totale .	4629				
						Media delle medie .		90.42	9.58	50.66	49.34

Le medie che risultano da questo quadro danno circa il 10 p. 0[0 di mortalità per la madre ed il 50 0[0 per il feto, risultato certo non molto incoraggiante, ma che non può ritenersi veramente applicabile alla provocazione di parto per stenosi pelvica, poichè in codeste statistiche sono compresi anche i dati di mortalità del parto provocato per altre indicazioni, e perchè sicuramente nè i mezzi di antisepsi, nè di soccorso al feto che ora si possono usare, furono adoperati nella maggioranza di quelle osservazioni. Ed in questa opinione mi conduce la prova delle mie osservazioni, tanto dissimili nell'esito a seconda che fu in esse adoperata o no l'antisepsi; sicchè io per fermo ritengo che nella provocazione del parto precoce, quando rigorosamente nel miglior modo si adempia ai requisiti da me accennati, può oggidì calcolarsi quasi nulla la mortalità della madre e del 25 0[0 circa quella del feto.

Ed ora che conosciamo il valore della provocazione del parto precoce riguardo alla salvezza della madre e del feto, e gli estremi di efficienza di codesto atto operativo, possiamo, raffrontandoli con quelli dell'ambito d'azione delle altre operazioni ostetriche, vedere se ed a quali di esse esso possa preferirsi.

In codesto esame noi discuteremo l'opportunità di adoperare, nei vari gradi di stenosi pelviche, il parto precoce artificiale da solo, e combinato con altri atti operativi, preferendo la classificazione dei gradi di viziatura pelvica proposta da Paolo Dubois, e nello stesso tempo confronteremo il parto precoce provocato con quegli altri mezzi di trattamento del bacino ristretto, che ad ogni grado di viziatura meglio convengono.

Anzitutto però è necessario accennare a due punti d'ordine generale in ostetricia ancora controversi. La maggior parte degli autori difatti pone come condizione essenziale del parto precoce artificiale, che il feto sia vivo. Schröeder, però afferma che, nei vizii di bacino, il parto precoce si deve provocare non solo nell'interesse del feto, ma anche in quello della madre.

L'altro punto controverso è quello se si debba o meno, per estenderne le indicazioni, adoperare alcuna delle altre operazioni ostetriche a complemento del parto precoce provocato. Il Chiara che prima era favorevole a codesta pratica, nel 1880 mutò avviso, dichiarando che le operazioni complementari in genere e le embriotomiche in ispecie, aggravano grandemente la mortalità del parto prematuro. Molti ostetrici

in Italia e fuori sono oggidì di questo avviso, sebbene i più o non trattano affatto od appena accennano la questione; in Francia invece Jacquemier prima, Tarnier poi, sostennero la convenienza di usare della provocazione del parto precoce, anche quando il capo del feto immaturo sia di proporzioni inferiori al grado di viziatura pelvica.

Non fermiamoci ora però su codeste questioni ed incominciamo piuttosto il nostro studio dalle pelvi ristrette di 3º grado, al quale appartengono quelle di cui la C. O. è al di sotto di 60 mm. A termine di gestazione in codesto grado l'ostetrico è ridotto a scegliere fra il taglio cesareo e le operazioni embriotomiche.

Dell'operazione cesarea considerata in genere, Guéniot (1860) basandosi sopra una copiosa statistica dà una mortalità del 64. 42 0[0; Kaiser del 62 0[0; Zweifel del 60 0[0, Harris del 56 0[0; Mayer (1867) e Michaelis del 50 0[0. Più confortante è l'esito della ovaroisterotomia cesarea del Porro, la gloria più recente dell' ostetricia italiana, di cui Godson su 138 casi dà una mortalità del 55. 80 0[0, Mangiagalli su 140 casi, del 54 e 73 0[0, Truzzi (dal 1 ottobre 1883 al 1 ottobre 1884) su 150 casi, del 53. 33 0[0. Roberto Harris ha pubblicato nel *British medical Journal* del marzo 1889, un elenco di 250 casi di operazione del Porro, dalla sua origine (1876) a tutto il 1888, e nel numero di gennaio 1890 dello stesso giornale ha arricchita la sua statistica di altri 15 casi, portandoli così a 264. Egli studiando le osservazioni in ordine cronologico, dimostra che in tutti i paesi, meno in Francia (in cui non se ne fece alcuna in questi ultimi quattro anni) i risultati sono tanto migliori, quanto più si considera un periodo recente.

Difatti nei primi 50 casi si hanno 29 morte, negli ultimi 50, soltanto 9; le ultime 14 operazioni poi del 1888 avrebbero date 14 guarigioni. Harris non spera, come Tait, che la mortalità di questa operazione possa ridursi al 5 0[0, ma crede che in mani abili possa ridursi al 20 o 19 0[0. E che codeste non siano illusioni ce lo dice la recente statistica degli ultimi 56 casi pubblicati dal Truzzi, secondo la quale la mortalità lorda è discesa a 33. 9 0[0, ma quella che spetta ai soli casi operati in condizioni favorevoli od almeno discrete è appena del 15. 9 0[0.

Pur molto buono è l'esito del taglio cesareo con sutura uterina, o meglio taglio cesareo conservatore o rinnovato, proposto dal Saenger nel 1882, di cui dopo le statistiche del Credè (1886 e 1887), l'una col 24 0[0 di mortalità, l'altra col 28 0[0, Francesco Caruso, di Napoli,

riuscì a raccogliere 135 osservazioni, in cui la mortalità della donna è del 25. 56 0[0. Nell'ultima statistica poi da lui pubblicata nel numero di ottobre 1889 degli *Annali d'Ostetricia e Ginecologia*, ai primi aggiunse altri 65 casi in cui la mortalità della madre scende al 21. 54 0[0.

Così dei 200 casi in complesso riportati dal Caruso (1882-89) la mortalità materna è del 25 0[0; considerata poi secondo le epoche mentre nel 1882 fu del 66 0[0, nel 1889 scese fino al 13. 3 0[0.

Riguardo al feto poi, coll'operazione Porro, nelle ultime 88 osservazioni riportate da Harris, la mortalità è del 14. 82 0[0, e nelle ultime 14 del 1888, è del 7. 14 0[0; e negli ultimi 56 casi del Truzzi è del 7. 84 0[0. Invece col taglio cesareo conservativo del Saenger, secondo la prima parte della statistica di Caruso, la mortalità del feto fu dell'8. 27 0[0, nella seconda è del 6. 15 0[0, e complessivamente nei 200 casi è dell'8 0[0, le quali cifre sono ben migliori di quelle riportate dal Kayser che ha trovato risultare dalle sue ricerche una mortalità del 30 0[0 del feto nel taglio cesareo in genere.

Tali i risultati odierni per la madre e per il feto; i quali hanno finito per determinare buona parte degli ostetrici ad allargare i termini di indicazione della operazione cesarea, senza però essere ancora giunti a determinazioni ben precise, del che possiamo persuaderci esaminando codesto specchietto, nel quale figurano i limiti della C. V. entro cui alcuni ostetrici, ritengono indicato il taglio cesareo.

INDICAZIONE DEL TAGLIO CESAREO — Limite della C. O.

Autore	Limite della C. O. mm.	Autore	Limite della C. O. mm.	Autore	Limite della C. O. mm.
Playfair	38	Cazeaux.	50	Müller	65
Depaul	40	Tarnier	50	Fehling	65
Guéniot	40	Fritsch	50	Scanzoni (a feto morto)	60
Joulin	40	Jacquemier . . .	54	Stahl	60-70
Hyernaux. . . .	40	Naegele-Greuser .	54	Hubert	70
Zweifel (a feto morto)	42.5-45	Martin	50-60	Leopold	70
Michaelis. . . .	47	Zweifel (a feto vivo) .	60	Scanzoni (a feto vivo)	80

Viene dunque oggi a cessare davvero quel profondo orrore pel taglio cesareo, che decise i medici di Londra a riunirsi per discutere se era o no da adottarsi nella pratica il parto precoce provocato? Sarebbe un voler chiudere gli occhi alla luce negare i beneficii, che resero Porro e Saenger colle loro modificazioni al taglio cesareo classico, e se Schröeder potesse conoscere oggi le ultime statistiche di Harris, di Truzzi, di Caruso modificherebbe certo quella sua cruda proposizione, colla quale riflettendo che moltissima parte degli esiti infausti non vengono pubblicati, egli affermava che « l'antica mortalità del taglio cesareo calcolata all'80 0[0 non è una esagerazione ». E codesto miglioramento dei risultati del taglio cesareo viene portato come argomento principalissimo per indurre ad abbandonare la embriotomia e la cefalotrissia nel trattamento delle ristrettezze più gravi; mentre i sostenitori di queste, osservano, ed in parte a ragione, che se l'antisepsi ha reso possibile di migliorare il pronostico del taglio cesareo, ha pur reso meno dannosa la cefalotrissia ed i processi embriotomici. Ho detto in parte, e non a caso, poichè parmi, che nella cefalotrissia siavi un elemento di pericolo per la donna che coll'antisepsi non ha punto a che fare, ed è la inevitabile profonda contusione delle parti molli infrapelviche, che uno strumento voluminoso come il cefalotribo non può a meno di produrre in un campo così ristretto d'azione, ove a mala pena l'ostetrico può penetrare.

Charpentier e lo stesso Leopold, pur così appassionato per la chirurgia addominale, che gli diede numerosi trionfi, e che fu il primo ad eseguire la operazione proposta da Saenger, sono d'avviso che, colle pratiche antisettiche, la cefalotrissia per quanto grave, lo è sempre meno della operazione cesarea. Barnes ammette la indicazione assoluta e relativa del taglio cesareo e compie la embriotomia nei bacini di 38, 31 e fino a 25 mm., ed Osborne (caso davvero straordinario) è riuscito ad estrarre un feto da un bacino di cui la C. O. era di 21 mm.

Ma checchè si dica la cefalotrissia è sempre operazione assai grave e anche il processo di Pajot, la cefalotrissia ripetuta senza trazioni, sebbene abbia dato al suo autore così eccellenti risultati (6 esiti felici sopra 8 casi), non trovò presso gli altri ostetrici buona accoglienza e dalla stessa scuola francese, pur così poco tenera delle operazioni di Porro e di Saenger, non venne, per quanto io ne so, con frequenza adoperato, sicchè riflettendo la statistica sua un numero troppo scarso di casi, non potè essere tenuto in seria considerazione, e gli in-

contrastabili successi del taglio cesareo modificato, finirono per distrarre totalmente da esso l'attenzione degli ostetrici.

Recentissimamente (15 luglio 1890) il mio amico Ermanno Pinzani, direttore della Maternità di Bologna, ha proposto un *cranioclaste inclinatore*, col quale verrebbe ad estrarre con una certa facilità il feto anche nei bacini con C. V. al disotto di 60 mm. Egli si è proposto di risolvere il problema posto già fino dal 1885 dal Cuzzi con queste parole: « Se si giungesse mediante la branca intracranica (del cranioclaste) sulla scaglia dell'occipite a sostituire la faccia al vertice, si comprende a priori, di quale enorme valore sarebbe il cranioclaste del Braun nelle grandi stenosi pelviche. Difatti lo strumento afferrando il diametro Msn, che può essere messo parallelo alla C. V., potrebbe stritolarlo e ridurlo di estensione e si supererebbero in tal modo ostacoli pelvici gravissimi. »

Un ingegnoso artificio di costruzione permette di usufruire dell'apparecchio di pressione per spingere in alto coll'intermedio della branca intracranica la scaglia dell'occipite e di trasformare così la presentazione del vertice prima in quella del fronte poi in quella di faccia; e questo primo tempo dell'operazione, è quello d'inclinazione. Poi cambiando i rapporti fra le due branche, articolandole diversamente, si riesce a schiacciare e rompere nel diametro Msn od in uno ad esso vicino, la base cranica messa di coltello; secondo tempo o di cefalotrissia. Infine nel terzo tempo o di estrazione, posta la testa in buoni rapporti ed impegnatala nello stretto superiore, la si trascina allo esterno.

La prova clinica non ha ancora detto se l'istrumento, che teoricamente sembra servire ottimamente allo scopo che si vuol raggiungere, funzioni altrettanto bene nella pratica, ma dacchè gli esperimenti sul cadavere hanno sortito buon effetto, mi auguro che l'istrumento proposto dal Pinzani possa dare davvero i vantaggi che se ne devono sperare e che non gli tolgan valore alcuni inconvenienti che presenta, massimo quello di richiedere tre applicazioni e della difficoltà di mantenere il capo nella progressiva trasformazione di presentazione. Sarebbe però certo al presente intempestivo il voler valutare l'importanza di questo nuovo processo cefalotritico in confronto del taglio cesareo modificato nel trattamento delle stenosi pelviche.

Per mio conto, per quanto riconosca i successi del Pajot e per

quanto, pur ritenendo troppo severa la proposizione di Schröeder in addietro citata riguardo al pronostico dell'operazione cesarea, io non la creda totalmente priva di fondamento (dacchè pur troppo i dati di statistica non sono cosa assoluta), mi sento attratto dalle vittorie delle operazioni di Porro e di Saenger a pensare, che dopo tutto oggi esse sono ancora da preferire alle laboriose manovre di cefalotrissia, e fino ad un certo punto anche quando sono un po' d'elezione e non di necessità, il cui limite può ritenersi a 40 mm. di C. O.

Ma pur essendo codesta la mia convinzione, parmi valga la pena, per l'importanza dell'argomento di esaminare il valore di altri presidii, dei quali l'ostetrico può essere consigliato a giovarsi nel trattamento delle gravi ristrettezze pelviche. E più particolarmente mi piace considerare, se possa figurare tra essi la provocazione del parto precoce, di cui vedemmo la debole mortalità in confronto di altre operazioni ostetriche, nel che consente Leopold, il quale comparando i risultati di alcune di esse, assegna al parto precoce provocato la mortalità del 2. 20 p. 0[0, alla perforazione del 2. 20 p. 0[0, alla versione ed estrazione del 2. 80 p. 0[0, ed all'operazione cesarea dell'8 p. 0[0; e più ancora il Wyder (1888) che dà la seguente mortalità comparativa: Parto precoce artificiale 3. 90 p. 0[0; Craniotomia 5. 60 p. 0[0; Operazione cesarea 26. 66 p. 0[0.

La idea che il parto precoce provocato debba figurare nel trattamento della viziatura pelvica limitata da 55 a 60 mm. fu sostenuta da Scanzoni, Ritgen e Tarnier, che come vedemmo tengono per limite inferiore della provocazione del parto precoce i 52. 3 a 55 mm. di C. O.; e Tarnier specialmente, il quale riflettendo a due casi riferiti da Depaul nei quali il parto si sarebbe compiuto felicemente sebbene il bacino non avesse che 55 mm. di coniugata, crede che se in un restringimento di questo grado, debba tentarsi il parto prematuro, e se con questo non fosse possibile estrarre un feto vivo, dice restare ultima risorsa l'embriotomia, tanto più praticabile in quanto che per il minore sviluppo del feto sarebbe più facile.

Quanto a possibilità materiale dell'atto operativo, se la C. O. è da 55 a 60 mm. ed il feto di 6 mesi, essa può bene ammettersi se si riflette che l'estrazione può farsi direttamente, se il feto è in presentazione podalica o conducendo il podice in basso colla versione (esterna od interna) nelle presentazioni di capo o di spalla. In entrambi i modi

si conduce alla coniugata ristretta il diametro bimastoideo del feto (53. 3 mm.) ed il bitemporale (60 mm.) e la riducibilità grandissima del capo finisce per rendergli possibile di superare l'ostacolo della viziatura. Prima però che i detti diametri, si presenta allo stretto superiore viziato il diametro sternodorsale, che essendo ben riducibile potrà da 65 mm. essere ridotto a superare l'ostacolo. Ma che codesta manovra possa farsi conservando la vita del feto, credo sia cosa se non impossibile, almeno difficilissima a conseguire, troppo ostandovi e l'angustia del passaggio ed il tenue grado di resistenza vitale del feto. Ed alcune volte la manovra stessa sarà ineffettuabile, quando cioè la cavità pelvica sia ridotta ad esigue proporzioni.

Per chi quindi cura anzitutto l'interesse della donna e non ha gran fiducia nelle operazioni embriotomiche o nel taglio cesareo modificato, se fosse richiesto a tempo opportuno dalla gravida e la capacità pelvica lo permettesse, potrebbe discutersi se egli abbia a scegliere la via ora tracciata, ed egualmente se possa farlo, quando, preferendo egli le operazioni di Porro o di Saenger a gestazione a termine, si trovasse in presenza di una donna che rifiutasse in modo assoluto il taglio cesareo. Egli potrebbe farlo certamente, ma solo quando opinasse, che ancora oggidì si possa a cuor leggero provocare l'aborto artificialmente nelle gravi ristrettezze pelviche, dappoichè colle premesse fatte e colla pochissima o quasi nessuna probabilità di conservare la vita del feto, in effetto non si parlerebbe più di parto precoce, ma di aborto provocato.

Charpentier insegna che non il solo consenso della donna conviene richiedere pel taglio cesareo, ma la volontà espressamente formulata di sottomettersi ad una operazione che per quanto sia dannosa per essa darà al suo bambino la migliore probabilità di vita; ed anche Polk (*New-Jork med. Journ.*, 15 sept. 1888) in una sua interessante lezione sulla provocazione del parto precoce, ritiene come principio da ammettersi generalmente, che l'interesse della madre debba andare innanzi a quello del feto. Concetto questo giustissimo, ma che non toglie, che il miglioramento progressivo nella mortalità pel taglio cesareo modificato imponga che pure all'interesse del feto si debba aver riguardo. Chè se anche seguendo le più rosee previsioni, si volesse ammettere, che quel feto di 6 mesi potrebbe venir vivo ed in buone condizioni rispettivamente alla sua età endouterina, ben poca probabilità avrebbe di conservarsi in vita; e diffatti la statistica di Tarnier dà il 30 p. 0[0 dei

feti di 6 mesi trattati coll'incubatrice (ed è forse inferiore al reale), mentre sia la statistica dei 200 casi di operazione Saenger del Caruso, sia l'ultima del Truzzi per l'operazione Porro non danno che una mortalità fetale dell'8 p. 0[0 circa.

Ma vi ha secondo alcuni un altro provvedimento per tutelare l'interesse della madre e del feto ad un tempo, risparmiando le operazioni embriotomiche ed il taglio cesareo, e sarebbe la sinfisiotomia combinata col parto prematuro provocato. Di essa intendo occuparmi di proposito, non tanto perchè oggidì io la creda partito da preferire al taglio cesareo modificato, quanto e perchè con salda costanza continua ad essere difesa dalla scuola napoletana, cui è capo il Morisani, e perchè tratto tratto se ne presagisce la risurrezione, come fece nel 1882 il Mangiagalli.

La sinfisiotomia combinata col parto precoce provocato fu proposta dal Jacolucci ed il Mayer di Napoli le diede la latitudine dai 47 ai 61 mm. Il prof. Novi nel 1872 in una donna con C. O. di 54 mm. eseguì con esito felice questa combinazione dei due atti operativi, ma l'accoglienza che in genere venne fatta a codesto processo fu cattiva, lo si tacciò di esagerazione, e si finì per metterlo nel dimenticatoio.

Forse valsero non poco a produrre codesto effetto i risultati non molto brillanti che dalla sinfisiotomia in genere si erano avuti ed il fatto che tenendosi quest' atto operativo, usato da solo, indicato in stenosi pelviche meno rilevanti di quelle di cui ora ci occupiamo, trovava in esse altre operazioni ostetriche rivali, a cui si dava la preferenza.

Fu nella clinica di Napoli, che il Morisani tenne si può dire costantemente acceso il fuoco sacro all' altare della sinfisiotomia, e non curandosi dell'oblio, per non dire del disprezzo, in cui essa era caduta, limitandone giustamente le indicazioni, seppe trarre da essa buoni risultati.

Ed un suo allievo, Edoardo Raffaele, pubblicando un caso di sinfisiotomia e parto precoce provocato operato felicemente dal Morisani nel 1880, in donna al settimo mese di gestazione con C. O. di 55 mm., osserva che dalle antiche statistiche male si poteva apprezzare il vero valore della sinfisiotomia. « Spesso egli dice, venne praticata in gradi di angustia pelvica nei quali la dieresi articolare non era bastevole ad armonizzare i rapporti fra il volume del feto e la capacità del bacino. Spesso dopo il taglio furono praticate manovre di estrazione che resero

più gravi gli effetti del traumatismo operativo. Spesso si deplorarono nelle sinfisi posteriori gli effetti del forzato ed esagerato divaricamento delle ossa pubiche. » E mentre così riassumeva le ragioni per cui la sinfisiotomia era caduta in discredito, compendiava in poche altre parole le speranze, che, secondo lui le recenti statistiche permettono di formare. « Oggi, egli soggiunse, è meglio conosciuto e determinato l'aumento che nelle angustie pelviche è permesso sperare dal taglio della sinfisi. Oggi sono meglio conosciuti i danni che un forzato divaricamento può produrre nelle sinfisi sacroiliache e quindi ancora meglio determinati i limiti di tale divaricamento. Oggi la pelvimetria permette di stabilire con norme più sicure il grado di stenosi pelvica e quindi le indicazioni dei processi operativi. Oggi la sinfisiotomia gode come le altre operazioni i benefici effetti della medicatura antisettica. »

Nell'anno susseguente 1881, negli *Annali d'Ostetricia e Ginecologia* comparve una nota del professore Morisani sulla sinfisiotomia, quella stessa che doveva essere letta al Congresso Medico internazionale di Londra. In essa l'egregio professore cita 50 casi propri col 20 0[0 di mortalità nella madre e col 18 0[0 del feto.

Più tardi, nel 1882, Luigi Mangiagalli, inaugurando il suo primo corso di Ostetricia nella Università di Sassari, prese a tema del suo discorso la probabile risurrezione della sinfisiotomia, e studiandone le ricerche e le statistiche dei risultati antichi e recenti, raffrontatele con molti degli atti operativi che le si oppongono, conclude così: « La mia convinzione è sorta dall'analisi spassionata dei fatti: se la sinfisiotomia ha indicazioni nette e precise, se i risultati che essa offre per la madre e pel feto sono commendevoli, perchè non deve risorgere oggidì che il metodo antisettico le offre un ambiente così favorevole per la sua riprova clinica? » Intanto l'Harris, di Filadelfia, nel Gennaio 1883 pubblicava una accuratissima monografia sul taglio della sinfisi, nella quale raccoglieva tutti i casi di sinfisiotomia, di cui potè aver notizia dal 1777 al 1880. Ed il Morisani ritornava all'attacco nel 1886 (*Ann. d'Ost. e Ginec.*, pag. 345) con una nota comunicata alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e nella quale aggiungendo altre osservazioni a quelle raccolte dall'Harris, riesciva a mettere insieme 80 casi operati cioè dal 1777 all'ottobre del 1858, ed altri 50 dal 1866 a tutto il 1880. Nei primi 80 casi si ebbero 52 donne guarite e 28 morte (35 0[0) e degli 81 feti (un parto essendo stato gemello) 33 vivi, 55 morti e 3 incerti (55. 55 0[0);

invece negli altri 50 casi, 40 donne guarirono, 10 son morte (20 0[0) e dei bambini 41 si ebbero vivi, e 9 soli morirono (21. 95 0[0).

Ma non così fortunata è la statistica più recente riportata dal Morisani di 18 casi operati dal 1881 al gennaio 1886, nei quali su 18 operate ne morirono 8 (44. 44 0[0) e dei feti il 13. 33 0[0. Ma egli ha ragione di dire che non possono accertarsi queste cifre senza esame, poichè di quei 18 casi, in uno il travaglio aveva già durato eccessivamente ed in quattro soli altri l'operazione è stata eseguita senza aiutarsi con altri mezzi. Difatti nelle altre 14 operate, una volta si fecero manovre strumentali non specificate, 7 volte si applicò il forcipe, una volta si fece il rivolgimento, una volta il parto precoce artificiale ed il forcipe, una volta il forcipe e la craniotomia ed una volta il parto precoce e il forcipe e poi non essendosi con questo riusciti, il rivolgimento.

Per debito di critica devo però osservare che da tanta complicazione di atti operativi non si possono cavare dei corollari, non si può assolutamente da questi dati trarre conclusioni sfavorevoli alla sinfisiotomia, che non deve essere praticata, se non prima si abbia calcolato con cura il grado di viziatura pelvica in rapporto colle misure del capo fetale, secondo che la si fa a termine od in parto precoce spontaneo o provocato, sicchè la operazione abbia a bastare da sè a liberare la donna, senza che sopravenga la necessità di adoperare altri mezzi per espletare il parto.

Secondo il Corradi (« Commentario storico ») prima ancora che al Jacolucci, pare sia venuta al dott. Giuseppe Antonio Grassi (*Filiatre Sebezio*, agosto 1852) l'idea di combinare il parto precoce artificiale colla sinfisiotomia; e poco dopo (dicembre 1853) anche al Rizzoli. Il Madruzza pure riteneva che così facendo si scongiurasse per quattro quinti il pericolo dell'operazione cesarea, ed il Lenoir, ammette come razionale tale pratica nei vizi pelvici da 60 a 70 millimetri.

Il Bouchacourt nell'articolo « Pubiotomie » del *Diction. Enciclopédique des Sciences Médicales* (Paris 1889), in cui conclude francamente per la conservazione di quest'atto operativo in ostetricia, riporta i risultati delle esperienze da lui fatte per stabilire, come ed in che proporzioni avvenga l'allargamento del bacino ristretto in seguito al taglio della sinfisi e concluse che se si lasciano le coscie avvicinate i pubi si divaricano per 6 od 8 mm. circa; se invece si allargano le coscie flettendole, si può, senza indurre lesioni alle parti molli od alle sinfisi

sacroiliache, giungere ad un allontanamento dei pubi di 4 a 5 centimetri ed anche a 6 e perfino ad 8, il quale corrisponde per ogni centimetro a 2 mm. circa di aumento nella C. O. Oltre a ciò lo spazio interpubico che risulta, accoglie bene il parietale anteriore, onde il diametro biparietale od il bitemporale, secondo il modo d'impegno, vengono a guadagnare per questo solo fatto un nuovo spazio utile di alcuni millimetri (5 o 6 circa). I diametri obliqui ed i trasversi si allungano ancor più, tantochè il diametro trasversale cresce quasi della metà della distanza interpubica in tutta l'altezza del bacino, sicchè queste modificazioni tornano utili specialmente nei bacini che presentano ristrettezza nello scavo ed allo stretto inferiore.

Ora se noi applichiamo codesti dati al confronto della pelvi di 55-60 millimetri modificata dalla sinfisiotomia, colle misure del capo del feto immaturo, noi vediamo che tenendoci anche ad una divaricazione di pubi di soli 5 cent., questa ci farebbe guadagnare 10 mm., ai quali aggiungendo l'utile di altri 5 mm., che fornisce al diametro biparietale o bitemporale, la distanza interpubica, avremo un aumento della coniugata di almeno 15 mm., sarebbe quindi come se la stenosi si fosse trasformata in una da 70-75 mm., tale cioè da lasciar passare il diametro biparietale del feto a 7 mesi (71. 3 mm.), anche non calcolandone la naturale riducibilità, e lo sternodorsale (70 mm.)

Ma non conviene illudersi; guai al cantare troppe mirabilia dei rimedi, guai al voler forzare certi atti operativi a dare quei risultati che non posson dare esagerandone la latitudine. Avviene di essi come di ogni altra cosa: il troppo stroppia e finiscono per essere abbandonati anche in quei casi, in cui una certa utilità pure potrebbero avere. Noi lo abbiamo visto, fu pur troppo così anche per la provocazione del parto precoce. Non parlo dell'alleanza della sinfisiotomia con altri atti operativi strumentali che ne falsano l'ambito d'azione, ne deturpano i risultati, perchè sotto ogni rispetto non conveniente, ma se altre riflessioni non vi si opponessero sarebbe a ritenersi razionale la sua combinazione col parto precoce provocato.

E le riflessioni che ciò sconsigliano, sono quelle stesse per cui è sconsigliata dai più la sinfisiotomia; sono le gravi conseguenze di essa per la donna, considerate in sè medesime anche all'infuori della percentuale di mortalità, e che alla pluralità degli ostetrici lasciano preferire nelle gravi ristrettezze le operazioni di Porro e di Saenger. Lo stesso

Tarnier, che dissi più sopra favorevole alla provocazione del parto precoce a 55 mm. di C. O., scarta a priori il partito di associarlo alla sinfisiotomia, che vuole abbia per la madre i più gravi e funesti risultati. Schröeder così esatto, così completo, non diede posto alla sinfisiotomia nel suo classico trattato.

Tutti sanno i gravi inconvenienti che susseguono pur troppo non raramente alla sinfisiotomia quando la vita della donna ne esce salva. La necessità che ha l'operata di tenere a lungo il letto, talora per alcuni mesi, l'incompleto definitivo ravvicinamento dei pubi, la suppurazione nella sinfisi pubica o nelle sacroiliache, le celluliti pelviche, il rimanere alla donna uno scomposto modo di camminare, sono tali accidenti che rendono molto dubbia la utilità finale della operazione, e sono essi certamente che ne provocarono il discredito. Se si riescisse a togliere codesti demeriti alla sinfisiotomia (ed io mi auguro che la scuola napoletana che tanto la predilige, vi giunga), essa sarebbe, combinata col parto prematuro provocato, un eccellente presidio ostetrico nel trattamento dei vizi pelvici anche gravi.

Nè va taciuto che la sinfisiotomia ha poi speciali controindicazioni. Essa, ad esempio, è perfettamente inutile nei bacini obliqui con sinostosi sacroiliaca ed in quelli ad imbuto pure con stenosi, nei quali non sarebbe possibile ottenere una efficace divaricazione dei pubi.

A mio avviso adunque, nello stato attuale delle cose, se l'ostetrico ha la scelta del modo di trattamento od è richiesto a gravidanza avanzata nelle gravi stenosi pelviche con feto vivo, deve preferire il taglio cesareo perfezionato; e sonvi poi alcuni casi nei quali la scelta di questo è indicata anche se per tempo la donna ricorre al consiglio del pratico. Voglio dire di quelle cause di distocia, nelle quali se trattate col parto precoce o colle operazioni embriotomiche non si avrebbero quei vantaggi che coll' operazione Porro, ad esempio, si potrebbero conseguire. È evidente difatti che se il ristringimento della pelvi fosse dato da un grosso tumore, di cui si creda conveniente la demolizione, l'operazione cesarea sarà da preferirsi, e specialmente quella di Porro se il tumore avesse la sua sede nell'utero o ne' suoi annessi, o se contemporaneamente alla necessità del liberare la donna, esistesse una delle ragioni per le quali è indicata la castrazione.

Una di queste indicazioni, oltre a riguardare le modificazioni allo stato generale della donna, si riferisce altresì ad un miglioramento che

potrebbe ottenersi sulla stessa viziatura della pelvi, ed è quella della osteomalacia. Il Truzzi nel pregevole suo ultimo lavoro sull' operazione Porro, si occupa largamente di codesta questione ed oltre ai casi dello Späth (1877), del Fochier (1879), del Fehling, del Winckel, del Müller, dello Ströhl (1888), dell'Hoffer e del Baumann (1889), che confermano il miglioramento ottenuto nella osteomalacia in seguito alla castrazione, egli porta quelli delle sue quattro osteomalaciche, operate felicemente di ovaroisterectomia cesarea, e che, anche dopo molto tempo, trovò migliorate nell'aspetto, che potevano camminare senza dolori ed attendere senza bisogno di sostegno alle loro occupazioni domestiche. Alcuni però non accettano codesta dottrina, e lo Zweifel, ad esempio, per citare uno dei più autorevoli, se ne fece oppositore.

Ancor più chiara è, in confronto colla provocazione di parto, l'altra indicazione speciale della operazione di Porro, quella della iniziata sepsi uterina. Anzitutto perchè essa è assai meno facile a presentarsi in gravidanza, che non in travaglio o meglio ancora in puerperio; e secondariamente perchè la sepsi medesima induce da sè sola il parto precoce. Pure converrà tener presente codesta indicazione per apprezzarla nel caso particolare.

La discussione, che abbiamo finora impegnata presuppose sempre che nel caso da trattarsi il feto sia vivo. Ma se invece fosse morto o desse poche garanzie di vita futura, allora sorge opportuna la combinazione del parto precoce artificiale colla craniotomia, la quale, sia praticata a testa anteriore che posteriore al tronco, non può per sè aggravare il pronostico rispetto alla madre, come ce lo dimostra la statistica di Wyder, che le assegna una mortalità del 5. 60 0[0, e meglio ancora quella di Leopold che la dà del 2. 20 0[0. Che se poi la craniotomia apparisse insufficiente, perchè fosse errata la diagnosi dell'epoca di gestazione, di necessità si farà la cranioclastia o la cefalotrissia e la eviscerazione, secondo il processo del professore E. F. Fabbri il quale è altrettanto utile, quanto semplice.

Riguardo però alla provocazione del parto precoce in codeste gravissime stenosi, non è indifferente la scelta del metodo operativo, anzi io credo condizione necessaria alla buona riuscita di esso lo attenersi ad un metodo, pel quale si mantenga la integrità delle membrane fino a dilatazione compiuta o quasi. La ragione di ciò è detta dal Litzmann nell'aurea sua lezione sul governo del parto nei bacini ristretti; e sta

in questo, che la anticipata rottura delle membrane, avvenendo quando il collo uterino non è ancora ben preparato, « il segmento inferiore dell'utero è esposto a soffrire in modo prolungato ed intenso oltre il solito la compressione ineguale esercitata dalla parte avanzata del feto, » sicchè ne possono nascere suggellazioni od usure così gravi nel collo, da seguirne una peritonite mortale. Onde egli conclude di non andare colla provocazione del parto al di sotto di 70 mm., ma così si limita, perchè vuole da quest'atto operativo la salvezza sicura o quasi anche del feto, e non discute la operazione come complementare della embriotomia. Non ho discusso il trattamento del bacino ristretto al disotto di 40 mm. della C. O., poichè, per consentimento della pluralità degli ostetrici, questo è il termine d'indicazione assoluta dell'operazione cesarea.

Studiamo ora la condotta dell'ostetrico nelle pelvi viziate di secondo grado secondo la classificazione di Dubois, cioè quelle in cui la C. O. oscilla da 60 a 90 mm. Questo è il campo più naturale del parto precoce provocato; è qui dove quasi nessun ostetrico contesta il diritto che egli abbia la precedenza sulle altre operazioni, almeno nei limiti di 70 ad 85 millimetri.

A termine, se il feto è morto ed in presentazione del capo, in questo grado di ristrettezza, dopo una ragionevole aspettazione, ed ottenuta una sufficiente dilatazione dell'orificio uterino, rotte le membrane se ancora non lo sono, si procede alla craniotomia, si applica il tiratesta d'Assalini (piccolo istrumento di applicazione semplicissima ed innocuo alla donna) e si attende che la dilatazione si faccia completa. Si trae allora sul tiratesta e se il capo fetale scende con facilità si compie così il parto; altrimenti si fa la cefalotrissia, oppure applicato il cranioclaste o l'uncino acuto, si mette di sbieco la base del cranio e la si induce a superare il restringimento e l'efficacia di questo metodo fu bene dimostrata dal prof. Ercole Federico Fabbri di Bologna coi suoi studi sperimentali sull'embriotomia (1875). Io poi non mi occupo qui particolarmente dei processi di basiotrissia, nè di quello di cefalotrissia interna di G. B. Fabbri, poichè hanno importanza unicamente quanto al preferire un metodo o l'altro per impiccolire il meglio possibile il capo.

Se il feto invece è in presentazione podalica o di spalla, alcuni opinano che si debba tentare di condurre il capo allo stretto superiore per la craniotomia a capo primo e la cefalotrissia se occorre, e non riuscendo perforare il cranio posteriore al tronco, previo il rivolgimento nella pre-

sentazione di spalla. Altri non giudicano gran che difficile la craniotomia in questo secondo modo, vi si decidono direttamente e non adoperano la versione esterna. Nella presentazione di spalla poi, quando la versione esterna non riesca, ed il rivolgimento sia impossibile, non rimane da fare che la detroncazione o la evoluzione artificiale aiutata dall'uncino acuto, come raccomanda il Massarenti.

Assai diverso è il problema se il feto è a termine e vivo. In questo caso se la viziatura è da 60 a 75 mm., la probabilità di conservare in vita il feto è molto problematica. Alcuni vorrebbero si tentasse ancora il forcipe e il Depaul consiglia di adoperarlo con trazioni energiche fatte da due persone contemporaneamente. Egli dice aver potuto ottenere così qualche bambino vivo, ma che per lo più non campò oltre un giorno; e facilmente, adoperando il forcipe in tal modo, si inducono avvallamenti o fratture nel cranio del feto. Non conviene in questi casi nutrire vane speranze; il feto a termine in codesto grado di viziatura è quasi sempre perduto; e meglio è nell'interesse della madre, senza inutili tentativi, che altro non fanno che peggiorare le condizioni della donna, decidersi alla craniotomia od alla cefalotrissia se occorra. Alcuni ritengono indicata ancora a questo punto l'operazione cesarea; e certo sarebbe da preferirsi alla cefalotrissia, specialmente da 60 a 65 mm., assenziente la donna, e dovrebbe essere fatta col metodo conservatore e non colla amputazione uterovarica, perchè si possa almeno nei parti successivi riparare a tempo colla provocazione del parto precoce.

Anche però sulla convenienza di preferire in tali casi l'operazione di Saenger alla embriotomia, potrebbe sorgere qualche dubbio, dacchè Leopold, Fehling, ed Hertzch dimostrarono l'influenza decisamente sfavorevole che essa esercita sulla possibilità di nuovi concepimenti nelle donne operate, tantochè secondo i detti autori dovrebbe ritenersi che il taglio cesareo rinnovato sterilizzi la donna nell'85 0[0 circa dei casi.

Leopold si pone la questione, se siasi realmente in diritto di sostituire la operazione cesarea alla craniotomia a feto vivo, o se no, in quali circostanze questa sostituzione si imponga. Egli non può sottoscrivere ad assimilare il taglio cesareo ad una semplice laparotomia; per lui essa è sempre, anche in mani abilissime, una operazione assai grave. Certo salvare la madre ed il feto ad un tempo è un obbiettivo molto bello, ma quando non si hanno tutte le condizioni per attendere, bisogna badare a non ricorrere troppo tardi alla craniotomia per volere aspettare

la morte del feto; poichè ogni maggior tempo che passa, è un aumento nella contusione operata dal capo sul segmento inferiore uterino, è una maggiore probabilità, che la donna abbia delle successioni morbose in puerperio. Anche la scuola di Palermo, come ne fa fede in un suo recente lavoro il Cosentino, nelle ristrettezze pelviche da 65 a 75 mm. di C. V. preferisce la embriotomia a feto vivo per poter fare il parto precoce artificiale nelle gravidanze successive.

Se poi il feto è vivo e la viziatura sta fra i 75 e i 90 mm., se si presenta il vertice, l'ostetrico deve scegliere fra il forcipe ed il rivolgimento. La scuola francese, seguendo Dubois e Depaul, preferisce il forcipe e quindi ritiene per questo grado di viziatura più favorevole la presentazione del capo. Anzi pongono alcuni ostetrici in questo mezzo tanta fiducia, che non si trattengono di fare ripetute e prolungate prove; contro la qual pratica, molto sensatamente si leva il Charpentier, dichiarando che « quando un uomo robusto ha adoperato tutta la sua forza in una o due trazioni col forcipe, quando ha ritentato queste trazioni a due o tre riprese, per quanto sia dura necessità, egli non deve che pensare alla madre e sacrificare il feto anche se vivente. » Simpson, Barnes, Schroeder preferiscono invece il rivolgimento, quando s'intende si può avere l'elezione dell'atto operativo, poichè in tesi generale forcipe e rivolgimento si escludono. Io pure ho seguito finora e con soddisfazione codesta condotta ed a meno che la fissità del capo e le buone condizioni del feto impongano l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, credo si debba anteporre ad essa il rivolgimento podalico interno, quando non riesca la versione per manovre esterne. Il fatto che col forcipe il capo fetale aumenta i suoi diametri, appunto nel senso della ristrettezza, mentre il rivolgimento porta alla coniugata ristretta la parte più piccola del cono cranico del feto (il che fino dal 1796 il nostro Monteggia aveva rilevato), deve far cadere la bilancia a pro' del rivolgimento, il quale poi ha ancora maggior ragione per essere preferito dacchè lo Schroeder ha dimostrato che nel bacino ristretto è più pericolosa la presentazione di vertice. Nè l'illustre clinico tedesco si mostra ambiguo in codesta dichiarazione, poichè nel suo prezioso Manuale d'Ostetricia egli scrive: « Secondo il mio giudizio il pericolo sovrastante nel bacino ristretto al feto in presentazione di vertice è maggiore di quello che lo minaccia nel venire estratto colla mano in presentazione podalica e l'opinione universalmente ricevuta, che la compressione lenta, graduale, sopportata

dal capo quando viene primo, sia meno nocevole dell'altra repentina cui soggiace quando viene dopo, è teorica, non pratica. » Cita poi le esperienze favorevoli di Veit, Furhmann, Scharlau, Strassmann, ed Höning, ed aggiunge: « E perchè non si creda che in questo che io dico sia soltanto intenzione di censura, aggiungerò che a senso mio, una serie di casi, nei quali i bambini successivi di una medesima donna, venuti quali in presentazione di vertice e quali in presentazione di piedi, i primi morti, i secondi prosperi, confermano appunto che facendo bene il rivolgimento e la estrazione in bacino ristretto, il feto, che viene per l'estremità pelvica, è più sicuro nella vita che un altro che venga pel vertice. » E Barnes pure conforta il mio avviso, dacchè, come vedremo discorrendo dei metodi di provocazione del parto precoce, ottenuta una buona dilatazione uterina co' suoi sacchetti, rompe la membrana e termina il parto col rivolgimento.

Fra i varii mezzi coi quali si può soccorrere la donna con feto vivo in questo grado di stenosi pelvica, vi sarebbe ancora da considerare la sinfisiotomia. Ma già dissi le ragioni per le quali essa gode poco le simpatie degli ostetrici. E lo stesso Morisani, che per quanto sia affezionato alla operazione Sigaultiana, non vuole essa dilaghi dai suoi giusti confini, non solo la dice non preferibile, ma anzi neanche paragonabile col parto prematuro provocato. A proposito del che soggiunge, che aspettare il termine di gravidanza per fare il taglio della sinfisi sarebbe una cattiva chirurgia non solo, ma anche una cattiva azione.

Non restano quindi da esaminare che i modi coi quali si può avere nell'atto del parto un feto di proporzioni minori, che egli ordinariamente ha quando nasce a termine. Questo scopo vien raggiunto, secondo alcuni, dal regime debilitante ordinato alla donna, e di esso conviene dire qualche parola. È la opinione, che già dissi induceva il Palletta ad essere contrario al parto precoce artificiale, quella cioè che si possa con un prolungato digiuno inflitto alla madre, ottenere un feto a termine di tanto più piccolo, da rendere inutile l'anticipazione del parto; e ciò faccio, poichè mentre io credeva che tale opinione fosse da tempo morta e sepolta, mi fu or non è molto richiamata alla mente da una donna, che ricorrendo a me per consiglio, essendo affetta da vizio pelvico, mi dichiarò esserle stata suggerita dal suo medico di casa.

Secondo l'eruditissimo Alfonso Corradi, il concetto di ottenere con

la tenue dieta, facile il passaggio per il feto nel bacino angusto, rimonta al libro Salernitano di madonna Trotula, in cui è scritto, che quando la difficoltà del parto nasca *ex constrictione orificii matricis* (nella quale frase dagli scrittori del medio evo comprendevasi anche la stenosi pelvica), *provideat sibi mulier in tribus ultimis mensibus in diaeta ita ut utatur lenibus cibis et digestibilibus.*

James Lucas di Londra, che secondo Velpeau, fu il primo a proporre questo metodo, lo consigliò caldamente nel 1789, lodandone i successi e suggerendo di combinarlo con frequenti esercizi del corpo, piccoli salassi ripetuti e medicamenti aperitivi. Il Brunninghausen (1804), che se ne era fatto ardente propugnatore, più tardi (vedi Siebold, *Gesch. der Geburtsh.* II.°, 695), caldeggiava la provocazione del parto precoce colla spugna preparata. Assalini, sebbene ne osservasse un caso riuscito nell'Ospizio delle Partorienti in Milano, non lo teneva in gran conto, ed il Cavazzi (1828) narra di una signora, che in ogni sua gravidanza dal 1° mese al parto era afflitta da continuo vomito, che ne alterava grandemente la nutrizione, e pur tuttavia essa partorì sempre figli robusti e sanissimi.

Baudelocque fa giustamente osservare, che parecchie donne nutrite bene e molto, partoriscono feti piccolissimi e delicati, mentre altre rifinite dalle fatiche, dalle malattie o dalla dieta la più severa, danno alla luce figli grossi e forti.

Depaul (1849) ne scrisse invece favorevolmente, assegnando al metodo debilitante i limiti di ristrettezza della coniugata da 81 a 90 mm.; e Delfrayssée, nel mentre non poteva scansarsi dall'ammettere, che questo metodo non è senza pericolo per la madre e poco effetto ha sul feto, crede aversi nell'uso interno delle preparazioni iodurate, un mezzo più sicuro e meno dannoso, che non la debilitazione indotta colla dieta sottile, le purghe ed i salassi. Egli fece parecchie esperienze sugli animali, e ne avrebbe a suo dire ottenuto favorevoli risultati; poichè le femmine dei mammiferi sottoposte a codesta cura nell'ultimo quarto della loro gestazione, si sarebbero sgravate di feti di volume notevolmente inferiore, senza che essi ne soffrissero affatto, tanto che dopo qualche mese si trovavano sviluppati normalmente. In seguito tentò il suo metodo in due donne, che nelle gravidanze antecedenti avevano avuto per bacino ristretto parti difficili e feti morti, ed il Delfrayssée, assicura di avere ottenuto in entrambe un felice successo.

Moreau, Holcombe e Ritter sono pure partigiani del metodo debi-

litante; non così Velpeau (« Traité d'accouchements, » pag. 438), Cazzani (« Riassunto storico-statistico della clinica di Pavia. » Pavia 1874, p. 38), Valtorta (*Giornale Veneto Scienze Mediche*, 1873, XIX, p. 431), che lo trovarono inefficace; e Joulin accusa d'inumanità l'ostetrico, che dopo la conquista del parto precoce artificiale, ricorra ancora al metodo del far soffrire la fame. Ed ha a mio avviso ragioni a iosa, poichè oltre all'essere il metodo debilitante nella maggior parte dei casi o inadoperabile, per preesistenti cattive condizioni fisiche generali della donna, o sconsigliabile pei danni che produce alla costituzione organica di essa, non può portare che una minima differenza di volume nel capo fetale in confronto di quello del feto ben sviluppato; poichè, anche ammesso che la debilitazione agisca in grado apprezzabile sulla riduzione di sviluppo del tessuto muscolare ed adiposo del feto, di ben poco deve agire su quello del sistema osseo, sicchè, anche se il metodo debilitante fosse un vero moderatore dell'accrescimento fetale, non tornerebbe proficuo, che nei casi di leggerissime viziature pelviche, nelle quali poi non mancano all'ostetrico altri mezzi, di esso meno dannosi e molesti da adoperare, come il forcipe od il rivolgimento.

Il mezzo invece che ci dà salva la madre ed il feto, senza difficili manualità e che merita nel trattamento di questo grado di ristrettezza il posto d'onore, è il parto precoce artificiale.

Se il restringimento della C. O. è da 60 a 65 mm., converrà combinare il parto precoce colla versione podalica e provocarlo alla 29ª o 31ª settimana quando non si preferisca il taglio cesareo modificato; se invece la C. O. è da 65 a 75 mm., potrà bastare da solo provocato dalla 32ª alla 34ª settimana, e da 75 a 90 mm., dalla 34ª alla 36ª settimana. Dohrn opera nel maggior numero dei casi dalla 34ª alla 35ª; Litzmann dalla 34ª alla 36ª; Schröder preferisce la 36ª e quasi mai opera prima della 34ª; Calderini, fondato sulle misure del B. P. e sulla sua riducibilità, a 67 mm., consiglia il parto precoce prematuro alla 29ª settimana; a 72 mm. alla 31ª; a 75 mm. alla 32ª; a 78 mm. alla 34ª; ad 82 mm. alla 35ª e ad 87 mm. alla 36.ª Si sa che deve essere usato nei debiti modi, che più tardi che si potrà andare nella gestazione, compatibilmente col grado di viziatura pelvica, migliori speranze si potranno nutrire pel feto; ma una volta fatto il giudizio del grado e della qualità del vizio pelvico e dell'epoca di gravidanza, si proceda franchi e fiduciosi, che l'esito fortunato coronerà l'atto operativo.

Ultime sono da considerare le pelvi ristrette di primo grado secondo Dubois, quelle cioè nelle quali la C. O. è più piccola della normale, ma non inferiore a 90 mm. Se la gravidanza è a termine ed il feto in presentazione del vertice, conviene anzitutto lasciare un certo campo alla aspettazione, prima di intervenire in qualsiasi modo. Se invece si presenta la faccia, alcuni preferiscono l'aspettazione e poi il forcipe se il mento è anteriore; ma se è posteriore, a capo impegnato, il forcipe, a capo mobile, la versione podalica, ed occorrendo in seguito la craniotomia.

Se la presentazione è podalica, i fautori del forcipe consigliano di ridurla in cefalica colla versione esterna; in quella della spalla si può tentare pure quest'ultima, e non riuscendo, si pratica il rivolgimento interno. Se questo è impossibile si fa la detroncazione, e si estrae il capo col forcipe, ed in caso di necessità si compie l'operazione col cefalotribo. Partigiano, come ho detto, del rivolgimento podalico, questa è l'operazione che io preferisco in questi generi di stenosi, specialmente se si ha la presentazione della faccia. Nella podalica poi non vedo perchè, dacchè si ha già il beneficio di avere il capo che si presenta più favorevolmente alla coniugata ristretta, non se ne abbia da approfittare, e fare senz'altro le trazioni sugli arti inferiori o sul podice. In questi casi adunque, in cui col rivolgimento possiamo condurre al punto ristretto del bacino i diametri bimastoideo (80 mm.), ed il biparietale, che riducendosi difficilmente supererà i 90 mm., il passaggio del feto è senz'altro possibile, massime se la ristrettezza non è troppo vicina ai 90 mm.; è perciò che l'ostetrico può aspettare senza apprensione anche il termine di gestazione poichè con tutta probabilità non sarà costretto ad un intervento dannoso nè per la madre nè per il feto. Ma se vi è ragione per dubitare, che il feto sia voluminoso, se si ha l'esempio dei parti antecedenti in cui la donna ha avuto travaglio piuttosto lungo, se si conosce che il capo del feto pervenuto vivo abbia in essi mostrate delle particolari deformazioni che fanno sospettare di un restringimento discreto, se infine colla pelvimetria si diagnosticasse una viziatura da 90 mm., a 95 mm., io credo, che, quando se ne abbia modo, sia molto meglio fare anticipare il parto nelle pluripare alla 37ª o 38ª settimana ed alla 38ª o 39ª nelle primipare, che sogliono aver un feto più piccolo; poichè come abbiamo visto ad 8 mesi e mezzo il diametro bimastoideo del feto è di 76. 2 mm., ed il biparietale è di 86. 4 mm. Litzmann invece, passata la 36ª settim., rinuncia al parto provocato, a meno che per altre ragioni non si prevedano pe-

ricoli pel feto nel parto a termine, come per cicatrici da precedenti lesioni del collo dell'utero o della volta vaginale. Schröder, sebbene, come ho detto, provochi il parto precoce di preferenza alla 36ª settimana, ritiene che possa dare buoni risultati anche dalla 38ª alla 40ª nella gravidanza protratta. Calderini, calcolata anche la riducibilità cefalica, consiglia a 95 mm. di C. O., la provocazione del parto alla 37ª settimana.

Non mi sembra qui il caso di disputare sulle ragioni per le quali alcuni ostetrici preferiscano, in questo grado di stenosi pelviche, il forcipe, piuttosto che il rivolgimento; nè tanto meno di cercare nelle statistiche, chi sia maggiormente nel vero, poichè proprio ci si stenta ad orizzontare tanto sono contradditorie nei risultati; e forse gli esiti fortunati variano anche secondo la maggiore o minore valentia che l'ostetrico ha in una operazione piuttosto che nell'altra, riuscendosi naturalmente, per legge di abitudine, meglio nell'atto operativo che a preferenza si pratica, che non negli altri i quali più di rado si usano.

A me basta di rilevare che anche pigliando i dati statistici più favorevoli, cioè quelli dei forcipisti pel forcipe, e quello dei versionisti pel rivolgimento, tanto per la madre che per il feto la palma spetta ancora al parto precoce provocato. Difatti secondo Scanzoni, fautore del forcipe, si salvano con questo il 94. 7 0[0 delle donne ed il 65. 8 0[0 dei feti, e secondo Loewenhardt, amico invece della versione, si salva con essa il 95 0[0 delle donne e l'85 0[0 dei feti: e noi abbiamo veduto, secondo Leopold, che al parto precoce provocato sopravive il 97. 8 0[0 (mortalità 2. 20 0[0) delle donne, e secondo Berthold dei feti di 8 mesi e 1[2 sopravive coll'incubatrice il 96 0[0.

Noi abbiamo fin qui discorso delle pelvi viziate simmetriche, ma i concetti d'ordine generale che abbiamo svolti per esse, valgono anche per le assimetriche. In queste la determinazione della parte più ampia della pelvi servirà a decidere l'ostetrico sul modo migliore di completare la provocazione del parto, e ad esempio, se sia o no da adoperarsi il rivolgimento; di regola poi non sarà solo la misura della C. O. che dovrà pesare sul giudizio da farsi della settimana di gestazione in cui sarà conveniente provocare il parto, ma si dovrà determinarla sul concetto complessivo della forma di viziatura da cui è affetta la donna. Così pure può essere indicazione del parto precoce provocato anche il vizio pronunciato di inclinazione del bacino, come vedemmo prenderla in un caso il Lovati; ed anche le forti stenosi cicatricee vaginali, che a feto troppo

voluminoso possono avere assai gravi conseguenze (Litzmann pure lo ammette), devono essere prese in considerazione per non lasciare di provvedervi colla anticipazione del parto.

Grandi servigi può darci adunque il parto precoce provocato, che va ripristinato in quell'onore che gli ostetrici inglesi nel 1756 gli avevano concesso; e, se io non m'inganno, il presagio fatto dal Calderini nelle sue *Note Cliniche d'Ostetricia* (Torino, Camilla e Bertolero, 1882, p. 19) che debba tornare pel parto prematuro la fase della riabilitazione, è vicino ad avverarsi. Già due ostetrici, un francese ed un italiano, mi hanno preceduto in codesta affermazione.

Nel 1887 l'egregio dott. Felice La Torre nella sua pregevole Monografia intitolata « Du développement du foetus chez les femmes a bassin vicié, » nella quale il parto prematuro artificiale è discusso assai bene e largamente in confronto del taglio cesareo, poggiandosi sopra abbondantissimi dati statistici raccolti dal 1867 al 1886 nella Maternità degli Ospedali di Parigi, veniva a conclusioni, le quali hanno una grande affinità cogli apprezzamenti, che sono venuto svolgendo in questo mio lavoro.

E mi è così caro di vedere i miei ragionamenti confortati da prove desunte da un numero grandissimo di osservazioni (1325), che mi parrebbe di fare un'omissione imperdonabile, non riportando qui le conclusioni importanti che egli ne trae. Eccole:

« 1.° Le stenosi pelviche non esercitano in qualsiasi modo alcuna influenza sul decorso della gestazione, anzi sembra allontanino certe condizioni favorevoli all'espulsione dell'uovo.

« 2.° Il parto prematuro spontaneo è in generale più frequente nelle donne ben conformate che in quelle viziate di bacino.

« 3.° Il parto spontaneo ottimestre nei bacini viziati è egualmente frequente nelle primipare e nelle multipare.

« 4.° Il feto si sviluppa egualmente nella donna con e senza bacino ristretto, ed in quelle a pelvi viziata egualmente nelle primipare che nelle pluripare.

« 5.° L'influenza del padre (costituzione, taglia, età, stato di salute) sullo sviluppo del feto è indubbia.

« 6.° Un feto a termine non può passare spontaneamente e senza danno attraverso una pelvi misurante meno di 9 centimetri.

« 7.° Sonvi eccezioni, ma quelle appunto che confermano la regola.

In esse i bambini muoiono ordinariamente durante il travaglio e le madri corrono dei gravi pericoli.

« 8.° Nelle donne a bacino ristretto da 5 1[2 a 9 cent. in gravidanza a termine conviene intervenire il più presto possibile.

« 9.° Quando le dette donne sono in gravidanza non a termine, il parto prematuro provocato è il miglior intervento.

« 10.° Oggidì coll'antisepsi, colla couveuse e col gavage, la provocazione del parto prematuro, è operazione in cui tutte le madri sono salve, e dei bambini l'88 0[0 escono vivi dall'Ospizio.

« 11.° La *vitalità ostetrica* deve essere abbassata a 6 mesi (180 giorni).

« 12.° La operazione cesarea anche modificata da Saenger e tanto meno quella del Porro, non danno i successi del parto provocato. Questo è anche preferibile per la semplicità sua tecnica.

« 13.° Nei casi in cui la donna è a termine, la craniotomia sarebbe a rigore preferibile.

« 14.° La mortalità della cefalotrissia e basiotrissia è minore di quella dell'operazione cesarea anche colla modificazione del Porro, e quand'anche fosse più grande, non si vedono sopravenire nelle donne che sopravivono alla cefalotrissia, le complicanze locali e generali che avvengono nelle altre due operazioni.

« 15.° A ristrettezza di 5 1[2 cent., se l'aborto è possibile, è preferibile provocarlo anzi che fare a termine la operazione cesarea o la cefalotripsia. Se l'aborto non è più possibile per avanzata gestazione, si fa quello che si può.

« 16.° Se il parto provocato è oggi quasi dimenticato vuol essere rimesso in onore. »

E se di vero cuore sottoscrivo a codesto ultimo voto, non posso accettare il 12°, 13°, 14° e 15°, nè parmi corretta la affermazione che è fatta dal La Torre nel primo comma di queste sue conclusioni. Sta bene, se le cifre matematiche lo dimostrano, che si debba mutar parere nel credere, come si è fatto fin qui (e come io stesso in principio di questo lavoro seguendo l'avviso dei più ho affermato), che il parto precoce spontaneo sia un fatto frequente nelle donne affette da vizio pelvico; ma da questo al dire che le stenosi pelviche non esercitano in qualsiasi modo alcuna influenza sulla gestazione, ci corre un buon tratto, poichè della realtà di codesta influenza abbiamo prove evidenti ogni dì sotto agli occhi.

Minore conforto in apparenza, eguale in sostanza, viene alle mie idee da un pregevole lavoro pubblicato dal Truzzi nello stesso anno 1887 sul parto precoce artificiale nelle pelviche ristrette. Il Truzzi sentì il dovere di rendere noti i risultati lodevoli ottenuti in questi ultimi anni col parto prematuro nella Maternità di Milano, dacchè sentitamente si differenziarono da quelli già pubblicati dal Porro, dal Chiara e dal Chiarleoni. In quella monografia l'egregio Truzzi rileva l'appassionata apologia tessuta dal dott. La Torre al parto precoce artificiale; trova che egli giovasi di spedienti, che la rettorica, non la logica, possono giustificare; nota le molteplici accuse che egli lancia alle operazioni di Porro e di Saenger, in verità talora eccessive; afferma infine che di tanti elogi una parte gli sembra giustificata, un' altra decisamente esagerata. Il Truzzi raccoglie la sua statistica dal 1880 facendola così seguire a quella del Mangiagalli, e la conduce fino al 1887. Essa comprende 32 casi, nei quali la mortalità del puerperio fu del 50 p. 0[0, di cui 15. 62 p. 0[0 per cause accidentali e 34. 37 p. 0[0 per inquinamento settico. La mortalità fu del 12. 50 p. 0[0, ma più propriamente è secondo lui da ammettersi del 6. 25 p. 0[0 poichè 2 dei 4 decessi furono dovuti, uno ad ingresso d' aria nelle vene per improntitudine di una servente e l' altro a pleuro pericardite. Dal 24. 24 p. 0[0 quindi di mortalità segnato da Mangiagalli, si scese al 6. 25 p. 0[0; ma anche questa cifra a mio avviso è ancora troppo elevata, poichè se, come scrive il Truzzi, nelle altre due morte che la costituiscono, oltre l' infezione settica vi era una « grave preesistente alterazione renale » certamente neanche in questo 6. 25 p. 0[0 la morte può in tutto addebitarsi alla provocazione del parto precoce. Migliore, ma non molto felice, fu l' esito pel feto, poichè la mortalità immediata fu del 53. 12 p. 0[0 e la remota del 78. 13 p. 0[0; il Truzzi stesso però predice, che i risultati del parto precoce diverranno anche per i bambini decisamente più favorevoli, in grazia dell' incessante perfezionarsi dell' antisepsi, dell' incubatrice e dell' allattamento forzato.

Più recentemente, anzi proprio mentre già io attendevo al presente lavoro, il prof. Calderini lesse nei primi dell' agosto 1890 al congresso internazionale di Berlino, una dotta memoria sull' argomento del parto precoce artificiale, delle sue indicazioni e de' suoi metodi. Con essa egli porta un largo contributo d' esperienza alla dimostrazione dell' importanza che devesi dare alla provocazione del parto precoce. Egli fa

una molto accurata rassegna storica dell'argomento, e valendosi di una statistica recentissima da lui pazientemente raccolta, fa utilissimi raffronti fra i risultati dei diversi metodi operativi adoperatisi in Italia nelle stenosi pelviche. In quella statistica figura pure pel parto precoce la Maternità di Cremona, con quei dati che sono pubblicati nel presente lavoro. Ecco qui le importanti conclusioni dell'egregio mio maestro, che servono a convalidare colla loro autorità la tesi che mi sono proposto di svolgere con codesto mio scritto:

1.° Nell'interesse del feto si deve abbandonare la provocazione del parto artificiale al disotto di 70 mm. c. v. nei bacini rachitici.

2.° Nei bacini ristretti non rachitici le precauzioni antisettiche permettono di provocare il parto prematuro artificiale fino ad 85 mm. c. v. ed anche più in certi casi.

3.° La mortalità dei feti nati vivi, in seguito al parto prematuro artificiale, può diminuire mediante cure speciali.

4.° Le precauzioni antisettiche hanno fatto del parto precoce artificiale una grande risorsa terapeutica in molte malattie complicanti la gravidanza.

5.° I metodi migliori per provocare il parto prematuro artificiale sono, pei bacini ristretti, le doccie calde, fatte coll'irrigatore ordinario, attraverso lo speculum Fergusson, e l'introduzione di una candeletta piena fino al fondo dell'utero. Per le malattie è spesso conveniente di associare la puntura delle membrane coi metodi suindicati.

TAVOLA COMPARATIVA DEI RISULTATI DEI DIFFERENTI METODI OPERATIVI
adoperati in Italia nei vizii pelvici.

Operazioni	Numero dei casi	Mortalità della donna		Mortalità del bambino	
1. Versione	65	3	4.30 p. 0[0	21	32.30 p. 0[0
2. Forcipe allo str.° sup.e .	193	14	7.25 »	45	23.31 »
3. Perforazione.	144	20	13.88 »	—	— —
4. Operazione Porro . . .	59	19	32.20 »	9	15.51 »
5. » Saenger . .	28	10	43.47 »	2	8.69 »
6. Parto precoce artif.e . .	305	14	4.59 »	82	26.88 »
7. Sinfisiotomia	23	3	13.04 »	4	17.37 »

Dalla quale Tavola si deduce che la mortalità delle donne cresce dalla versione al parto prematuro artificiale, alla sinfisiotomia, al forcipe, alla perforazione, alla operazione Porro, a quella di Sänger. La mortalità del feto al momento del parto cresce: dall'operazione Sänger a quella di Porro, alla sinfisiotomia, al forcipe, al parto prematuro artificiale, alla versione. Perciò le operazioni che debbono preferirsi nei restringimenti pelvici sarebbero: il parto precoce provocato al disopra di 70 mm. c. v. se la donna si presenta a tempo, e la versione, di preferenza col metodo bipolare, a termine di gravidanza. Nell'interesse del bambino si dovrebbe dare la preferenza all'operazione cesarea, ma, a parte altre considerazioni, la mortalità delle donne è in seguito ad essa ancora troppo grande per non dare la preferenza, nei casi in cui sono praticabili, al parto precoce artificiale, alla versione ed al forcipe, dei quali i risultati possono ancora migliorarsi.

Ma procediamo nello studio nostro, ed ora che abbiamo risolti i quesiti propostici risguardanti l'epoca di gravidanza in cui può aversi un feto vivo e vitale, le misure del capo del feto immaturo, i limiti che ne conseguono nella provocazione del parto precoce, e che abbiamo stabilito il valore di questo atto operativo, in confronto cogli altri di cui l'ostetrico dispone, occupiamoci dei requisiti che abbiamo detti essenziali, perchè quest'atto operativo possa dirsi bene eseguito. Ma l'argomento ed i limiti di questo lavoro non mi permettono di estendermi a discorrere del modo col quale conviene procedere alla diagnosi della qualità e del grado della viziatura pelvica, nonchè alla giusta determinazione dell'epoca di gravidanza; entrambi argomenti importantissimi, che qui avrebbero di necessità sviluppo inadeguato e dei quali mi propongo di occuparmi in altro lavoro a miglior agio, tanto più che recenti studi mi condussero a qualche nuovo risultato, forse non del tutto privo d'interesse, a loro riguardo.

A titolo di semplice ricordo accennerò pure che l'ostetrico conviene si occupi della presentazione del feto, non per averne o meno una controindicazione al parto precoce provocato, come volevano alcuni, ma piuttosto per regolarsi a decidere le operazioni complementari ed a formare il pronostico sull'influenza che l'atto operativo potrà avere sul feto. Così pure converrà chiarirsi delle condizioni in cui esso si trova, ascoltandone il battito cardiaco ed esplicandone i moti attivi. Converrà anche escludere la gravidanza multipla, nel qual caso non sarà conve-

niente la provocazione del parto precoce, o lo sarà in data molto diversa da quella che sarebbe stata stabilita per la gravidanza semplice; a meno che la gravezza del restringimento e la protratta epoca di gestazione non lo rendesse ancora consigliabile, come lo fu in una delle mie osservazioni che ho riportate.

Il volume presuntivo del feto è pure da calcolarsi, perchè o per stramaturità o per altre ragioni, potrebbe essere consigliabile una provocazione di parto precoce, che a cose ordinarie non sarebbe. A questo proposito dai più si ritiene che i feti delle pluripare sono più voluminosi di quelli delle primipare. Marchioneschi però dai suoi dati fetometrici conclude il contrario. Dimostrata invece appare l'influenza della corporatura del padre sul nascituro, mentre poca sembra ne abbia il sesso del feto.

Müller osserva giustamente che per giudicar bene il pronostico del parto dei bacini ristretti, oltre al crearsi un'idea della natura del bacino conviene farsi quella del volume, della forma e della consistenza della testa fetale. Egli vi riesce ricercando anzitutto la parte cervicale e la regione occipitale del feto, e poi spingendo il capo ad impegnarsi nello stretto superiore nel senso dell' asse della pelvi. Fissato il capo lo fa tenere dall'esterno da un assistente, mentre egli si assicura coll' esplorazione se il capo è veramente disceso o se non ha fatto che un movimento di flessione. Se l'ostacolo è forte, il capo rimane tutto al difuori dello stretto superiore. Questa constatazione delle proporzioni del capo in rapporto al bacino è molto importante, dice Müller, quando si tratta di provocare il parto prematuro, e specialmente allorchè non si è potuto determinare bene l'epoca di gravidanza. Quando il parto precoce artificiale è indicato, egli rinnova ogni 8 o 10 giorni questi tentativi di impegno artificiale della testa e provoca il parto quando la testa si lascia ancora un po' respingere nel bacino. Müller usa di una pressione moderata, della durata di un minuto ad un minuto e mezzo circa: e talora opera sotto l'anestesia. Schatz provoca il parto prematuro quando il capo si lascia infossare di tanto nel bacino, da sorpassare la sinfisi di un buon centimetro.

Infine se l' esistenza del soffio del cordone facesse sospettare la presenza di circolari attorno al collo del feto, l' ostetrico ne prenderà norma nel formulare il pronostico sulla probabilità che avrà il feto di uscir vivo.

(*Continua*).

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

IL BACILLO DELL'EDEMA MALIGNO NEGLI ASCESSI DELLA PELVI

PEL

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

Dopo i molti e seri studi batteriologici, istituiti sulle raccolte della pelvi e degli annessi uterini, le mie ricerche sul proposito, fatte a mio esclusivo esercizio, durante il volontariato nel *Comparto Ostetrico-Ginecologico* di Milano, non possono aggiungere nulla d'importante al contributo degli altri, salvo alcune particolarità, che a mio modo di vedere possono influire sulle indicazioni e sulle modalità operatorie, nelle affezioni degli annessi.

Ma di esse mi occuperò fra breve, trattando l'argomento della *Salpingotomia* e *Salpingectomia*, tanto discusso ed ancora discutibile.

Per adesso mi giova rivolgere l'attenzione sul fatto, non privo al certo d'importanza, che io potei constatare in queste mie osservazioni, cioè sulla presenza del bacillo dello edema maligno in un ascesso periuterino.

E siccome io connetto la gravità del caso, che esporrò, alla presenza di questo bacillo, ho voluto indagare, quale influenza abbia potuto esso esercitare sull'andamento di un processo, che, ordinariamente, decorre senza fenomeni gravi, e per quali vie sia esso in quei tessuti pervenuto.

Il non essere stato mai rintracciato nelle osservazioni batteriologiche delle raccolte pelviche, deporrebbe contro il mio caso isolato, nel senso che potrebbe essere riguardato una mera accidentalità, però

io interpreto il fatto in questo modo, che essendo esso un germe anaerobo, per essere scoperto, deve coltivarsi in mezzi adatti. A questo scopo ho preparato delle culture a piatto con doppio strato di gelatina di densità differente per modo che le specie anaerobiche potessero svilupparsi, al coperto dell'aria, tra uno strato e l'altro di terreno. Così io potei, dopo aver superato non poche difficoltà, isolare il suddetto bacillo.

È superfluo dire le circospezioni di cui mi sono circondato negli esami di questi liquidi, essendo dovere di chi intraprende tali studi, di non trascurare le minuzie della tecnica.

Ciò non pertanto farò notare che ho adoperato sempre per la estrazione dei liquidi la siringa di Tursini, sterilizzata a secco, e gli aspiratori di Dieulafoi e di Potain, sterilizzati per 24 ore in soluzione fenica al 5 p. 0[0. Il sito delle punture fu sempre lavato con sapone al sublimato e con alcool assoluto, ed i liquidi furono estratti per lo più a pareti addominali incise.

Il liquido del caso in ispecie fu aspirato una volta dalla parte addominale a pareti integre, ed una seconda volta dalla parte vaginale a pareti incise, dopo accurata disinfezione con soluzione di sublimato all'uno per 0[00. Gli animali, sui quali praticai gli esperimenti di controllo, furono conigli del peso di gr. 350 a 1000, e cavie del peso di gr. 250 a 300 gr. Prima di entrare a descrivere i dettagli, giova conoscere la storia del caso.

Gigudi Giovanna di anni 38, domestica, nubile, nativa di Milano, viene ricevuta nel comparto ginecologico il 19 aprile 1890, perchè affetta da sofferenze gravi nella sfera dei genitali, accompagnate da febbre elevata. Essa è stata nel passato sempre di ottima salute e regolarmente mestruata sin dal 14° anno di sua età. La prima mestruazione e le susseguenti sono state facili e non dolorose. Non è stata mai gravida, ma da 4 mesi in qua ha visto mancare le perdite rosse, che sono state sostituite da perdita bianca inodora, quasi continua.

Nei primi giorni del mese d'aprile del corrente anno, dietro la comparsa di poche gocce di sangue dai genitali, fu presa da vivi dolori alla fossa iliaca destra, che accentuatisi per il lavoro, la obbligarono a cercare ricovero nell'ospedale. È stata anche febbricitante da parecchio tempo, però la febbre ha preso proporzioni allarmanti da pochi giorni soltanto.

Nello stato attuale è di aspetto deperito ed estenuata di forze e

presenta una tal quale stupidità, per cui non può bene rispondere alle domande che le si rivolgono.

Esame. — L'addome è teso per contrazione dei muscoli, ma non meteorico. La percussione rileva una zona di ottusità nel quadrante inferiore destro che si eleva fino alla zona periombelicale corrispondente e si estende un poco al di là della linea mediana nel lato sinistro.

Il palpamento per la soverchia tensione delle pareti addominali, non lascia delimitare bene i confini segnati dalla ottusità, nè percepire la presenza dell'utero.

I genitali esterni sono sani, ma di donna che ha partorito; esiste un lieve prolasso della parete vaginale posteriore. Al riscontro bimanuale si trova l'utero un poco più grosso del normale, spostato in toto contro l'arco pelvico anteriore e fissato in questa posizione da una massa pastosa elastica quasi fluttuante, che riempie completamente lo spazio del Douglas e si estende lateralmente a destra, abbassando la volta dei fornici vaginali posteriore e laterale destro.

Non presenta nulla di speciale nelle mammelle e nei visceri toraco-addominali. Le urine sono normali.

La curva febbrile dal giorno di entrata fino al miglioramente stazionario è segnata nella tavola seguente:

	Mattina.		Sera.
19 aprile	—		40.4
20 »	39.4		39
21 »	39		39.8
22 »	37	36	39.1
23 »	37.3		37.6
24 »	37.7		39.5
25 »	39 3		39.4
26 »	37.8		39.8
27 »	38.2		38.5
28 »	37.4		39.4
29 »	37.3		38

Nei primi giorni che fu nell'Ospedale il polso si mantenne piccolo e celere, spesso fuggevole, ebbe diarree profuse, abbassamento notevole di forze e stupidità.

Il giorno 21 aprile, esplorata dal retto sotto la narcosi cloroformica, si trova l'utero spostato a sinistra ed in avanti ad immediato contatto colla tumescenza fluttuante, che accennava aprirsi dalla parte del retto.

Sotto la stessa narcosi, dopo avere disinfettata bene la vagina, si praticò nello spazio del Douglas una puntura esploratrice, colla siringa di Tursini e quindi l'evacuazione del liquido coll'aspiratore del Dieulafoi,

vuotando un litro circa di marcia verdastra e fetida commista a gaz. Dopo il vuotamento della raccolta la temperatura cominciò a decrescere e l'inferma ebbe delle remissioni ed anche delle intermissioni, che la fecero riavere dalla depressione, però dopo pochi giorni si fece una nuova raccolta nel cavo ascessuale, per cui ritornarono i fenomeni primitivi di gravità.

Fu allora che il professore Mangiagalli decise di aprire una breccia sul fornice posteriore che fu praticata stratificando i tessuti ed aprendo il cavo del Douglas per lasciarvi in permanenza un drenaggio che desse libero scolo alla marcia. D'allora il miglioramento fu graduale e costante finchè, tornata la temperatura al normale, l'inferma fu dimessa.

Sul liquido della prima e della seconda estrazione furono praticate diverse osservazioni. Esso era fluido, di aspetto verdastro purulento ed emanava un odore fetido, nauseante. Era formato di cellule di pus, più o meno alterate, granulose e raggrinzate in parte, in parte rotte, di molti grani albuminoidi liberi e di qualche emazia ancora intatta.

Una goccia di detto pus colorata con fuxina ed osservata nella camera umida, offrì alla nostra vista la presenza di cocchi e di bacilli, dotati di movimenti propri.

Gl'innesti dello stesso, praticati per strisciamento in agar e in gelatina ed a piatto sulle lastre e nella camera di Petri con gelatina, diedero i risultati, che esporrò, dopo avere ricordato, che nelle culture per strisciamento io non trovai mai il bacillo dell'edema maligno, ma l'ebbi sempre che usai l'accuratezza di coprire lo strato di terreno coltivato, evitando qualunque penetrazione d'aria.

Le culture in agar furono sempre mantenute nel termostato alla temperatura di 35.° e 38.° C. quelle in gelatina furono tenute ad una temperatura più bassa, compatibile col grado di fusibilità della stessa. Gl'innesti per strisciamento si annunziarono dopo 24 ore e si resero riconoscibili dopo tre giorni; le coltivazioni a piatto presentarono dopo quattro giorni alcune bollicine sullo strato profondo di gelatina, che si resero più numerose e più grosse nei giorni successivi. Praticati i relativi passaggi per infissione in agar, in gelatina, e nel siero del sangue ottenni due specie diverse di microorganismi, perfettamente pure, ed abbastanza riconoscibili dal loro modo di comportarsi, le quali si vedono nelle figure 1ª, 2ª, 3.ª

Nella figura 2ª si vedono riprodotte le bolle attorno al punto d'in-

fissione dell'ago, le quali raggiungono appena la superficie del mezzo, ma non la sorpassano, nella figura 3.ª si vedono numerose colonie, che circondano il fittone, raggiungono la superficie del mezzo, mettendosi in contatto dell'aria della provetta e sollevandovisi per qualche millimetro. Riprodussi le due specie per diverse serie, sempre cogli stessi caratteri macroscopici.

Tanto l'una che l'altra specie fondevano il mezzo, più o meno celeramente a seconda che speciali condizioni di temperatura o di terreno influivano su di essi. La fusione in quella segnata col N. 2 procedeva dall'alto al basso e quando le bolle avevano raggiunto la superficie della cultura, in quella segnata col N. 3 avveniva in senso inverso. Lo sviluppo della cultura N. 2 veniva molto ritardata, quando si portava in apposita ghiacciaia alla temperatura costante di 6⁰ o 7⁰ C. Quella temperatura non solo era poco favorevole alla moltiplicazione dei germi ma si opponeva talvolta alla fusione del mezzo.

A questi caratteri differenziali, per la distinzione della specie, se ne possono aggiungere altri più importanti. Nella cultura 3.ª le colonie si andavano formando dalla superficie verso il basso e lungo il tracciato dell'ago conservando sempre i loro rapporti coll'aria della provetta, mentre nella cultura 2.ª si vedeva in 3.ª e 4.ª giornata comparire una bollicina sul fondo della provetta, a qualche mm. di distanza dal fittone, la quale si andava gradatamente ingrandendo, nel mentre che ad essa se ne aggiungevano, disponendosi tutte attorno il fittone, in tre o quattro ordini, l'una dopo l'altra, legate a guisa di rosario, e costituendo tutte insieme una figura cilindrica avente angoli e spigoli.

L'osservazione di essa ad occhio nudo non lasciava scoprire traccie di colonie. L'osservazione microscopica a diversi ingrandimenti dei preparati, colorati con fuxina e con violetto di genziana, dimostrò, che i microorganismi della cultura 3.ª appartenevauo ai cocco-batteri, essendo essi dei piccoli cocchi riuniti a due o a catene, od a zooglee, mentre quelli della cultura 2.ª si presentavano sotto forma bacillare con uno strozzamento a colletto nel mezzo, e sotto forma di lunghi filamenti più o meno contorti, che in presenza dei colori di anilina lasciavano vedere dei tratti più o meno intensamente colorati, specie di vacuoli o articoli. (V. fig. 7-4) Nella goccia pendente tali elementi erano dotati di movimenti serpiginosi molto vivaci. I miei preparati trovano il riscontro nelle figure del Klein e dell' Uffreduzzi; la forma filamentosa risponde

al vibrione settico di Pasteur, dalla quale si può tornare alla forma semplice, per successivi passaggi di innesti.

Onde assicurarmi dei risultati ho fatto osservare le mie preparazioni al professor Mangiagalli, al dott. Visconti e al dott. Segrè (1), e quindi ho praticato le inoculazioni sugli animali. Mi risparmio di descrivere i dettagli degli esperimenti, riferibili alla specie N. 3, perchè dai caratteri microscopici a macroscopici si constatò appartenere ad una specie comune, allo *streptococcus piogenus aureus.*

Descriverò invece gli esperimenti riguardanti la specie N. 2 raggruppandoli in serie per riuscire più breve.

Prima Serie.

Inoculazione della cultura 2.ª profonda, intramuscolare. Il loco prescelto è stato la coscia. Quantità inoculata 1[2 gr. di cultura in gelatina resa fluida con acqua distillata sterile. Peso degli animali variabile da 600 a 1000 gr. Temper. iniziale 39.° C. Gli animali inoculati presentarono quasi sempre elevazioni di temperatura da 1.° a 1.° 1[2 C., dimagrarono sensibilmente, taluni ebbero diarree, si cibarono sempre scarsamente e dopo 24, 48 ore cessarono di vivere.

Quegli animali, che ebbero inoculata una quantità minore di liquido o molto più diluita, o che oltrepassavano in peso il chilogrammo, presentarono fenomeni meno acuti, più tardivi e spesso guarivano.

La necroscopia in genere diede questo ritrovato:

Nulla di speciale sul sito della inoculazione, il quale si presentava coperto da una crosta, dura ed essicata, leggero indurimento nel territorio circostante, tessuti profondi flacidi, pallidi, infiltrati di siero giallastro, connettivo perimuscolare edematoso, con qualche bolla gazosa, che sfugge sotto la pressione. Cuore in diastole, orecchiette ripiene di grumi nerastri. Polmoni iperemici. Stasi nel fegato e nei reni. Milza di poco ingrandita, sostanza della milza facilmente spappolabile. Stomaco ed intestini arborizzati ed iniettati più del normale. Sangue bianchiccio fluido. Globuli rossi pallidi, raggrinzati taluni, in disfacimento altri; aumentati i globuli bianchi, i quali in gran parte sono granulosi. Cristalli a forma di sarcofaghi e laminare, incolori, cristalli di ematoidina.

---

(1) Il prof. Mangiagalli, direttore del Comparto Ostetrico-Ginecologico, il dott. Visconti, direttore dell'Istituto Anatomo-Patologico dell'Ospedale Maggiore, il dott. Segrè, direttore dell'Istituto antirabico, mi hanno fornito i mezzi necessari al compimento del lavoro.

Osservata una goccia pendente del sangue nella camera umida si trovarono diversi bacilli con colletto e vibrioni dotati di movimento (Vedi figura 7).

Nelle feccie, oltre a molte varietà comuni di cocchi e bacilli, si osservava abbondante il bacillo inoculato.

Il sangue di questi animali inoculato in altri conigli determinò dei fenomeni gravi e la morte in meno di 24 ore.

Seconda Serie.

Inoculazione della cultura 2.ª nelle sierose, cioè nella pleura e nel peritoneo.

Quantità inoculata 1/4 di gr. di cultura in gelatina diluita con acqua distillata sterile. Peso degli animali gr. 350 a 500. Temperatura iniziale 39.° C. Ripetizione dei sintomi sopra descritti. La temperatura segnò una elevazione presso a poco uguale. La morte avvenne prima delle 48 ore con fenomeni gravi.

Reperto cadaverico:

Nulla sul sito dell'innesto. I tessuti profondi sono bianco giallastri flaccidi, infiltrati di pus, enfisematosi. Nel cellulare retroperitoneale la compressione fa sfuggire delle bollicine gazose, le quali sono più numerose nelle pleure. Polmoni iperemici, edematosi. Pleurite essudativa doppia fibrinosa. Cuore flacido, pallido, ricoverto di essudati fibrinosi, (pericardite acuta aumentato e torbido il liquido della cavità pericardica). Stasi nel fegato e nei reni, iperemia nello stomaco e negli intestini, peritoneo opacato, iperemico, sparso di punti emorragici.

Il sangue di questi animali inoculato in altri determinò la morte in 12 ore con tutti i segni dell'avvelenamento, come se si fossero iniettati degli alcaloidi.

Terza Serie.

Inoculazione della cultura 2.ª nelle vene.

Quantità inoculata 1/4 di gr. di cultura in gelatina, diluita in acqua distillata sterile. Animali prescelti piccoli conigli e cavie.

Nessun fenomeno importante immediato, alcuni sopravvissero, altri morirono dopo qualche giorno. Si notò abbassamento di temperatura per poche ore soltanto.

La necroscopia non mostrò localizzazioni.

Organi interni in generale pallidi e flaccidi. Sangue alterato nella qualità dei suoi elementi.

Quarta Serie.

Inoculazione nel peritoneo e nel sangue della coltura 2.ª bollita e privata dei germi: animali prescelti, cavie.

Morte avvenuta dopo 20 o 30 ore in taluni, altri si conservavano in vita, perdendo un poco nel peso del corpo.

Reperto necroscopico: scoloramento e flaccidità dei tessuti, fluidità maggiore del sangue, disfacimento dei globuli rossi.

Quinta Serie.

Inoculazioni in vari siti delle due culture 2.ª e 3.ª mescolate insieme in proporzioni eguali. Animali prescelti conigli e cavie di vario peso.

Taluni resistettero alla infezione, benchè presentassero nei primi giorni elevazione termica, dimagramento e poco appetito. Altri morirono dopo parecchi giorni coi fenomeni sopradescritti.

La poca attività mostrata nel torrente circolatorio, io la spiego col fatto, che esso viene eliminato e disfatto per fagocitosi, prima che si possa localizzare in un ambiente adatto.

La poca o nessuna attività in inoculazioni miste, si può interpretare in tre modi, o che prende il sopravvento il micrococco, o che il bacillo non ha il tempo di localizzarsi e moltiplicarsi, o che non trova condizioni opportune alla sua vita.

Riassumendo però tutti i risultati e interpretandoli si acquista la convinzione che il bacillo da me isolato è il *bacillo dello edema maligno*, e che esso è la stessa cosa del vibrione settico di Pasteur.

I caratteri dallo stesso manifestati sono quelli d'un *microorganismo anaerobo*, come li descrive Pasteur, Uffreduzzi (1), Klein (2).

Esso non si sviluppa mai in contatto dell'aria, ma quasi sempre negli ambienti privi della stessa. La sua nutrizione si accompagna sempre a sviluppo di gaz. La temperatura più adatta fu dai 33 ai 39 cent. e la più sfavorevole al disotto dei 7 cent.

---

(1) « Manuale di batteriologia. » Pag. 28.

(2) Klein. « Microbes et maladies. » Paris 1885.

Anche sotto le elevate temperature impiegò più giorni a svilupparsi per la grande emanazione di gaz che l'accompagnava, gaz che sterilizzava sino ad un certo punto l'ambiente dove esso doveva vivere. Fondeva il mezzo ad età adulta, forse perchè allora si metteva a contatto della colonna d'aria, che sovrasta il terreno di cultura.

Queste qualità e le sue affinità per i colori di anilina, la proprietà di muoversi nella goccia pendente, l'azione deleteria spiegata sui tessuti viventi, le alterazioni determinate sugli stessi, l'odore speciale, mi faceva convincere del ritrovato.

Potrebbe impressionare la modificazione della forma che esso subisce, mostrandosi ora sotto la forma bacillare piccola (3 a 4 fl. di lunghezza per 1 o 2 di larghezza), ed ora sotto forma di filamento, più o meno articolato. Ma appunto questo carattere è stato dagli autori segnalato.

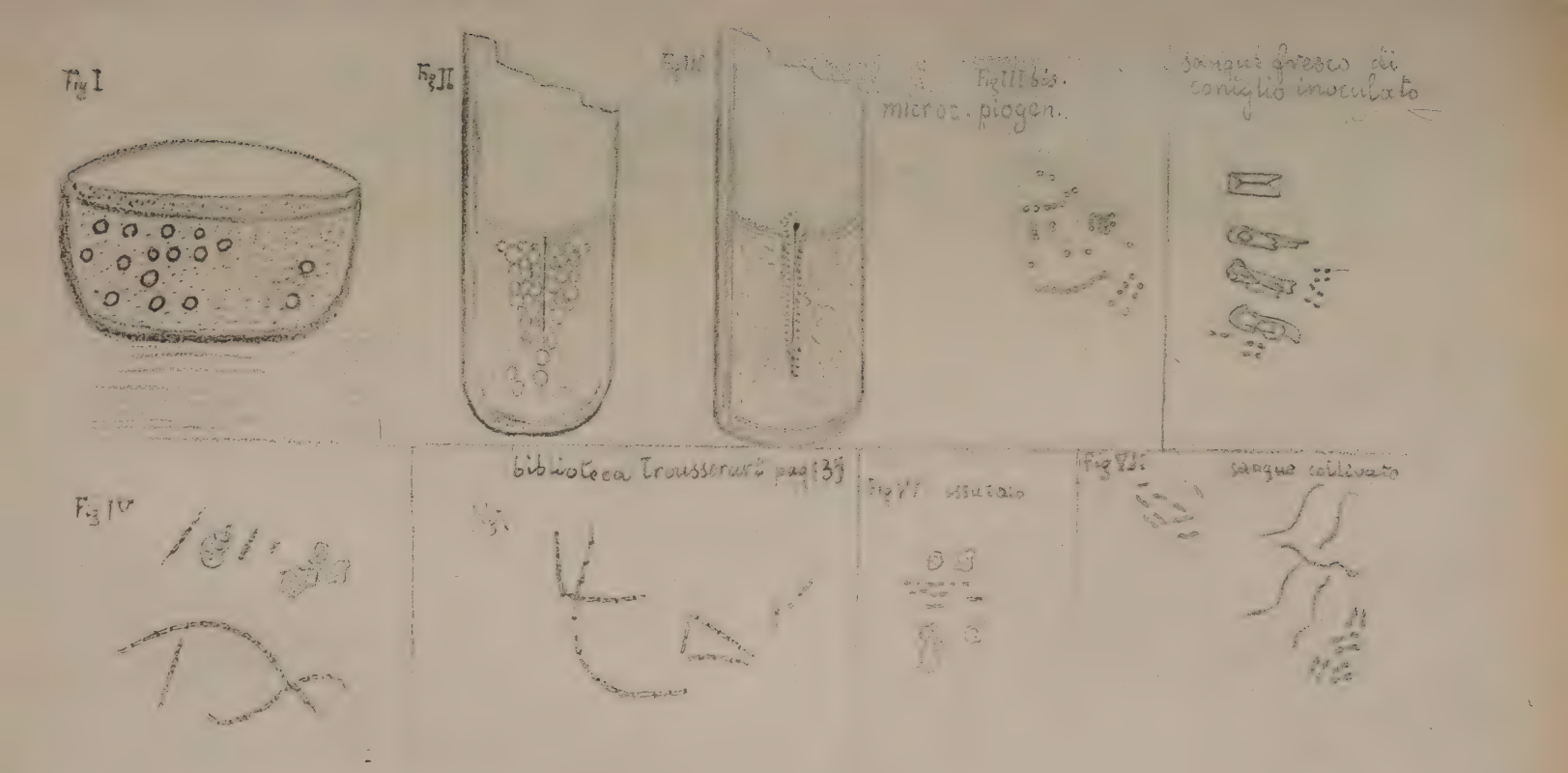
Il bacillo dell'edema maligno è molto diffuso in natura, e vive quale saprofita negli strati superficiali del terreno (terra dei giardini), nella polvere del fieno, nei liquidi in putrefazione. Una condizione importante alla sua vita è l'elevata temperatura.

Questa osservazione fu fatta specialmente dai chirurghi sugli ammalati, nei quali vedevano svilupparsi i casi di edema maligno, quando coincideva forte elevazione di temperatura nell'ambiente.

La riproduzione di questa malattia sui conigli, sulle cavie e sui topi bianchi è più facile che nell'uomo. Nell'uomo è stata riprodotta una volta sola, accidentalmente, per mezzo d'una iniezione ipodermica di muschio (1). Localmente si sviluppò un vasto edema infiammatorio con enfisema dei tessuti. Alla necroscopia si rinvenne edema del tessuto sottocutaneo, ed infiltramento dei tessuti circostanti di liquido, inodore, sanguinolento, ricco di bacilli speciali. Gli organi interni furono trovati quasi inalterati, la milza tumefatta e scura, i polmoni rosso grigiastri, il peritoneo cosperso di punti emorragici. Questi stessi caratteri, che io ho riprodotto sugli animali, si ottengono tanto dalla inoculazione del bacillo piccolo, quanto dalla varietà filamentosa. Da ciò la uniformità di parere di vari autori ad identificare il bacillo dell'edema maligno al vibrione settico di Pasteur.

---

(1) Brieger ed Ehrlich. *Berlin Klinich. Wochenschr.* 1882.



Bacillo
dello
Edema maligno o vibrione settico di Pasteur -

Dr Giglio

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-7 APR 91
LIBRARY

Il Klein (1) riporta una figura simile alla fig. 4, ricavata dal sangue di un coniglio inoculato, ove si può osservare tanto la forma bacillare, quanto la forma filamentosa.

Anch' egli chiama il microorganismo in parola *bacillo dello edema maligno* o vibrione settico di Pasteur, e descrivendo la forma d'infezione che esso produce, dice di essere differente dalla *setticoemia* ordinaria di Davaine.

Il Kitt (2) appunto perchè esso non dà i caratteri della setticoemia pura, lo fa rispondere al vibrione settico di Pasteur.

Nella biblioteca internazionale *di Trousserart*, pag. 139, si trova la descrizione del bacillo dello edema maligno, assimilato al vibrione settico di Pasteur (V. fig. 5).

Una discordanza di pareri la troviamo solo sull' azione del liquido di cultura, bollito e privato della presenza dei germi.

Il Rassemberg (3) afferma che il liquido ha la stessa azione dei germi, cosa che è negata da Dowdes Well (4).

Io credo che il disparere dipenda dal fatto, che uno abbia iniettato un liquido privo o povero di prodotti ptomainici, e l'altro un liquido in cui i microorganismi avevano già elaborato i loro prodotti.

Anche a me è accaduto lo stesso fenomeno, avendo ottenuto casi positivi e casi negativi.

La morte però, quando sopravviene, è come per veleno inoculato, mentre l' azione sola del microorganismo si spiega semplicemente sui tessuti profondi, che restano al coperto dell'aria. È per questa ragione che i chirurghi sulle piaghe scoperte non hanno mai edema maligno, ma hanno piuttosto suppurazione, vivendo i germi piogeni tutto all' opposto in contatto dell'aria.

Là esso per vivere si forma un ambiente gazoso, scomponendo il tessuto nelle sue combinazioni molecolari, assimilando il gaz necessario alla sua vita e mettendo in libertà il rimanente; onde le bolle gazose che si osservano nelle culture e nei tessuti inoculati.

Esso si comporta come un vero fermento, che dà luogo a sviluppo

---

(1) Loco citato.

(2) « Die Patholog. Bedeutung der oedem bacillus Oesterr Monatsschr. f. Thierheilkunde. » 11, 1884.

(3) *Centralblatt f. d. Med. Wiss.* H. 1883.

(4) « Proceedings of the Royal Society. » 221, 1882.

continuo di acido carbonico libero, il quale per la tensione che acquista e per la resistenza che incontra nei tessuti, finisce per infiltrarsi nel cellulare e di lì nei vasi. Per i vasi può raggiungere presto il cuore, determinando i casi di morte fulminante (1).

Dalle proprietà microbiche e microchimiche del parassita, dalla fisionomia clinica che imprime nei pazienti, e dalle alterazioni anatomiche dei tessuti, sono nate le diverse denominazioni di *edema maligno,* di *gangrena gazosa* e di *setticemia acuta,* di *vibrione settico di Pasteur,* o di *bacillus septicus* o di *bacillo dell'edema maligno.*

Esso fu riconosciuto la prima volta da Coze e Feltz, almeno riguardo agli effetti; però la scoperta vera si deve al Pasteur, perchè fu il primo che lo isolò e descrisse.

Egli l'ha trovato la prima volta negli strati superficiali del suolo e dopo nell' acqua e nella polvere dei muri degli ospedali e delle vecchie case.

Questo bacillo, preso nella sua forma più semplice, potrebbe confondersi col *bacillus piogenus foetidus* del Passet, ma questo ultimo resta sempre più piccolo, non sorpassando le dimensioni di 0,003 mm. a 0,005 mm. in lunghezza, e non è del resto patogeno sui conigli.

Potrebbe essere anche confuso col bacillo di Chauveau, o bacillo del carbonchio sintomatico, il quale oltre ad essere anch'esso anaerobo, provoca effetti simili sugli animali, ma ne resta differenziato, perchè l'elemento più sviluppato di esso non ha più di due o tre articoli.

Dal bacillo della setticemia comune è chiaro distinguerlo dalla forma, dalla grandezza, dagli effetti sull' organismo vivente, e dal modo di vivere diverso nella cultura.

Col bacillo della putrefazione non si può confondere, sia per la grandezza, sia perchè quest'ultimo è aerobo. Questo bacillo dell' edema maligno, che ho procurato di esaminare sotto tutti i riguardi, può associarsi ai microbi della suppurazione (2) aggiungendo la propria azione a quella degli organismi della suppurazione e i propri prodotti a quelli degli altri (3). Questo complesso di azioni, che si rafforzano tra di loro,

---

(1) Cabadé. « Leçons sur les maladies microbiennes. « Paris 1890.

(2) Loco citato.

(3) Il micrococco piogeno produce delle ptomaine, che per gli studi di Briger furono trovate analoghe negli effetti a quelli dello edema maligno.

debbono provocare fenomeni gravi nei pazienti affetti, e possono facilmente cagionare la morte.

I molti punti di contatto che esistono tra la *pioemia* e la *setticemia* comune ed i casi misti, mantennero per parecchio tempo il confusionismo tra queste forme, ragione per cui molti autori ne hanno fatto una sola forma *Settico-pioemia*; però adesso gli studi batteriologici possono benissimo differenziare la setticemia comune, dalla setticemia provocata dal vibrione di Pasteur e dalla pioemia, ove la sintomatologia desterebbe confusione.

A me solamente importa far notare che queste due specie, dell'edema maligno, e della suppurazione, possono continuare la loro vita insieme producendo ciascuno per proprio conto, prodotti speciali e spiegando ciascuna singolarmente l'azione disorganizzatrice insieme all'azione tossica dei residui della vita microbica. Stabilita così la entità del microorganismo isolato, e la sua connivenza negli stessi tessuti col microbo della suppurazione, interessa ora conoscere l'origine di esso, la via che ha percorso, e l'influenza che ha potuto esercitare per far peggiorare le condizioni dell'inferma.

In quanto alla penetrazione di esso nell'organismo vivente è saputo che qualunque germe può penetrare dalla pelle anche ad epidermide integra, e per la via dei condotti glandulari e per la via dei linfatici e del sangue giungere in luoghi adatti al suo sviluppo.

Nel nostro caso però non abbiamo bisogno di ricorrere ad ipotesi lontane, avendo una sorgente molto vicina al parametrio che è l'intestino retto, ove comunemente alberga. E noi abbiamo visto dalla storia clinica, che l'ascesso era finitimo al retto, anzi aveva determinato colla compressione l'usura dell'intestino, attraverso cui minacciava aprirsi.

Niente di più facile che il bacillo dal retto sia passato nello spazio del Douglas e quivi abbia preso residenza assieme al microorganismo, che aveva in antecedenza provocata la suppurazione.

Che quest'ultimo vi si era stabilito prima lo dimostra il fatto, che l'inferma da tempo accusava delle sofferenze nella sfera dei genitali, ed aveva febbre, malgrado si potesse occupare delle faccende domestiche. Essa da 4 mesi aveva visto mancare le perdite rosse, e sostituirsi le perdite bianche, aveva visto diminuire le proprie forze, ma non aveva mai notati fenomeni allarmanti. È appunto col momento in cui insorgono

i fenomeni gravi, che io faccio coincidere l'arrivo e l'intervento del vibrione settico.

Esso, pur lasciando vivere il primo avendo trovato anche per sè condizioni sufficienti di vita e migliori avendosele costituite colla disorganizzazione portata nei tessuti, si potè moltiplicare facilmente, determinando il corteo fenomenico, descritto nella storia, cioè febbre altissima, abbattimento, diarrea, stupidità, ecc., in una parola fenomeni setticemici gravissimi che minacciarono la vita dell'inferma.

La prima evacuazione dell'ascesso apportò un miglioramento all'ammalata, perchè col vuotamento del pus una grande quantità di germi furono portati via, però perdurando le condizioni favorevoli al loro sviluppo i pochi rimasti si poterono moltiplicare, riaccendendo il processo e ripristinando i fenomeni allarmanti.

La seconda evacuazione, che mise il focolaio in condizione di essere bene disinfettato, restando in comunicazione coll'ambiente esterno apportò la guarigione definitiva.

Credo che queste ragioni sieno sufficienti a spiegare il nostro assunto, senza bisogno di ricorrere ad idee strane o fantastiche.

È inutile che io aggiunga come l'intervento chirurgico sia sempre consigliato nella suppurazione della pelvi.

Chiudo il mio lavoro coi dovuti ringraziamenti al prof. Mangiagalli, direttore del Comparto Ostetrico-ginecologico, il quale mi ha gentilmente ceduto il materiale, e ai signori dottore Visconti, prosettore dell'Istituto Anatomo-patologico e dott. Segrè, direttore dell'Istituto antirabico, i quali mi hanno fornito il locale e i mezzi per eseguire questi studi. Abbia una parola di ringraziamento anche il personale del Comparto che fu sempre verso di me cortese e gentile.

RASSEGNA OSTETRICA

Dübner. — **Untersüchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes in den letzem Monaten der Gravidität und in Wochenbette** *(Ricerche sul contenuto emoglobinico del sangue negli ultimi mesi della gravidanza e nel puerperio). — Münch. Med. Wochenschrift.* N. 30, 1890.

Il fatto che finora ricerche molto numerose e comprensive in proposito non furono ancora intraprese, trova la sua ragione oltre che nel rapido alterarsi della emoglobina e nella rapida coagulazione del sangue, sopratutto nella mancanza di un buon apparato per mezzo del quale, in modo pronto ed esatto si dovessero condurre le ricerche, ed il piccolo numero dei lavori sulla composizione del sangue nelle gravide e nelle puerpere non ha finora condotto ad alcuna buona conclusione. Quanto tali conclusioni si contraddicano si può vedere dai più recenti lavori che utilizzarono per la valutazione della emoglobina l'emometro di Fleischl e per la numerazione dei corpuscoli del sangue il sistema di Thoma.

Fehling esaminando ogni otto giorni il sangue delle gravide ed esaminandolo poi nel giorno del parto o nel giorno a questo susseguente ritrovò aumento della emoglobina durante la gravidanza e ciò in corrispondenza all'accresciuto numero dei globuli rossi. E con ciò il Fehling conferma le conclusioni dello Spiegelberg, del Gscheidlen, del Cohnstein e del Subbotin. Dopo il parto il contenuto emoglobinico del sangue per lo più diminuisce, in un piccolo numero di casi rimane lo stesso od aumenta. Colla numerazione dei corpuscoli rossi, Fehling ne trovò per lo più 3-4 milioni in 1 mmcb.

In 2[3 dei casi egli ritrovò aumento e diminuzione dei corpuscoli rossi conformemente all'aumento della quantità di emoglobina; in un terzo dei casi l'aumento e la diminuzione non corrispondevano a quello della emoglobina. Prima di ricercare le modificazioni del sangue nella gravidanza, P. I Meyer stabilì il contenuto emoglobinico e il numero dei globuli rossi nelle donne sane. Le sue ricerche avevano dato una quantità media di emoglobina di 7. 6 p. 0[0, più bassa di quella data da Fleischl, e lo stesso osservatore trova la quantità di emoglobina diminuita nelle gravide, oscillando fra il 95 e il 62 p. 0[0, la diminuzione negli ultimi mesi

della gravidanza raggiungendo in media 7. 8 p. 0[0. Poco tempo dopo il parto si verifica una ragguardevole diminuzione del contenuto emoglobinico e del numero dei corpuscoli del sangue che a poco a poco si cambia in un aumento, di modo che dopo due settimane in taluni casi la quantità era più alta di quella riscontrata nella stessa donna durante la gravidanza. Da ciò il Meyer conclude che la gravidanza induce uno stato cloroanemico.

L' ultimo lavoro pubblicato è quello di C. Reinl che, oltre all' apparato di Fleischl si servì anche del metodo fotometrico per la determinazione della emoglobina: analogamente al Meyer determinò prima il contenuto emoglobinico e il numero dei globuli rossi nelle donne sane, e trovò per il primo 95 p. 0[0, per il secondo 4. 397,000. Da ciò trae la conclusione che la gravidanza non esercita alcuna influenza cloroanemica od anemica cui si possa dar peso senza considerare tutte le circostanze individuali e sociali: subordina adunque l'anemia alle condizioni particolari delle gravide esaminate, e più di tutto al regime vegetale ed alle sfavorevoli condizioni vitali. Per ciò che riguarda il regime vegetale l'A. non si può associare a queste conclusioni non essendo possibile trarre deduzioni sul contenuto emoglobinico dal regime carneo o da quello di latte, pane e patate: ed inoltre anche la nutrizione ricca o povera di sodio non è senza influenza: l'A. ha notato in due gravide che non avevano alcun nutrimento carneo alto contenuto emoglobinico. Dall' ulteriore esame del lavoro di Reinl risulta strano come il contenuto emoglobinico e il numero dei corpuscoli rossi in 17 gravide, dopo il parto e durante la prima settimana del puerperio fosse più alto che nell'ultimo periodo della gravidanza: e non è chiaro che il valore emoglobinico aumenti dopo il parto appunto per la perdita di sangue che, per quanto lieve, avviene durante questo. Il Meyer non può dare conclusioni esatte avendo sperimentato su donne che non avevano avuto puerperio normale. Secondo il Fehling il contenuto emoglobinico è aumentato nella gravidanza mentre il numero dei corpuscoli è notevolmente diminuito il che però non concorda colle ricerche dell'A.

In tutti i lavori suaccennati per la ricerca del contenuto emoglobinico del sangue fu sempre usato l'apparecchio di Fleischl e tuttavia si ebbero così diversi risultati: è per questo che sorge giustificato il pensiero se la causa non risieda nell'apparato: ed infatti, data la inesatta graduazione delle pipette ne viene la difficoltà di valutare esattamente la graduazione delle tinte.

Per consiglio del prof. Winckel, l'A. si servì per la valutazione del contenuto emoglobinico dell' emoglobinometro di Von Govers che per semplicità, facile uso ed esattezza di risultati sorpassa gli altri apparati congeneri. Similmente a tutti questi si fonda sul principio colorimetrico; la valutazione della emoglobina si fonda su ciò, che si allunga di tanto una determinata quantità di sangue fino a che il colore della soluzione allungata è uguale a quello della soluzione-tipo. L' apparecchio consta:

a) di un tubo chiuso alla fiamma in cui si trova la soluzione-tipo consistente in una soluzione di picrocarmino in glicerina;

b) di una canna di vetro graduata di 20 in 20 mmc., in questa si fa la miscela di sangue con acqua;

c*)* di una pipetta capillare armata in gomma con cui si aspira il sangue fino alla striscia segnata sul vetro.

Ecco come si effettua la ricerca; dopo che si sono messe nella canna di vetro graduata vuota alcune goccie di acqua, la paziente viene punta al polpastrello del dito, si aspira il sangue colla pipetta capillare fino alla striscia e si soffia poi nel vetro graduato dove si mescola coll'acqua postavi prima. Si allunga questa miscela con acqua mediante l'aiuto di una pipetta di vetro finchè, in causa della rottura dei globuli rossi, la soluzione di emoglobina che trovasi nella cannula raggiunge nel modo il più possibilmente esatto la colorazione della soluzione-tipo che si trova nella cannula chiusa. Dalla quantità di acqua a ciò occorrente si desume il contenuto emoglobinico della quantità di sangue misurata. La soluzione-tipo è così fatta che la colorazione corrisponde ad una soluzione all'1 p. 0[0 di sangue normale. Le singole divisioni della canna graduata corrispondono ad un volume di 20 mmc., perciò, se noi allunghiamo i 20 mmc. di sangue misurato fino alla divisione 100, abbiamo una soluzione di sangue all'1 p. 0[0: se il sangue possiede il normale contenuto emoglobinico, questa diluzione deve avere l'inegual colore della soluzione-tipo. Se questa uguale colorazione si raggiunge già quando si è giunti coll'acqua alla divisione 50, ciò vuol dire che il sangue esaminato contiene solo il 50 p. 0[0 del normale contenuto emoglobinico. Con esecuzioni ripetute si ottiene una esattezza fino al 5 p. 0[0. (Per ulteriori schiarimenti vedi il lavoro del dott. Sahli, *Correspondenzbl f. Schweizer Aerzte,* 15 October und 1 November).

Onde paragonare il sangue delle donne gravide con quello delle non gravide, l'A. stabilì il contenuto emoglobinico e il numero dei corpuscoli del sangue in dieci donne sane non gravide:

1	M. S.	29	a.	Levatrice	N.	5225	Em.	99	0[0
2	M. K.	29	»	»	»	5041	»	92	»
3	A. M.	21	»	Infermiera	»	5305	»	97	»
4	A. B.	21	»	»	»	487	»	91	»
5	K. B.	26	»	Levatrice	»	5435	»	96	»
6	W. S.	27	»	Casalinga	»	5281	»	97	»
7	B. St.	20	»	Infermiera	»	5213	»	89	»
8	A. H.	27	»	Servente	»	5840	»	98	»
9	L. K.	24	»	Cameriera	»	4931	»	88	»
10	E. F.	30	»	Casalinga	»	5068	»	93	»

Risulta da queste cifre un numero di corpuscoli relativamente grande, 5219 in media. Contenuto emoglobinico, 94 0[0 in media.

L'A. esaminò 20 gravide e 20 partorienti tutte della clinica ginecologica di Monaco e di età dai 20-36 anni. Appartenevano per lo più alla classe delle serventi e furono scelte per le ricerche donne sane e ben nutrite. Per ciò che riguarda la nutrizione era per la massima parte mista, e solo poche vivevano quasi esclusivamente di idrocarburi.

Il parto seguì in tutte normalmente alla fine della gravidanza, e il puerperio decorse senza complicazioni; quando insorgeva qualche complicazione, come febbre od altro, le ricerche venivano sospese. Ogni donna gravida veniva almeno esaminata 2-3 volte, quindi possibilmente durante il parto, durante il puerperio 2 volte, al principio ed al giorno dell'uscita, verso il 7° od 8° di puerperio. Le ricerche furono fatte per lo più prima di colazione fra le ore 10 e le 11. Dall'esame delle tavole ottenute risultano forti oscillazioni nell'aumento e nella diminuzione della emoglobina tanto in gravidanza quanto in puerperio; il minimo fu riscontrato nel 72 p. 0[0, il massimo nel 100 p. 0[0. La media 88. 35 e quella dei globuli 49. 56.

Nelle puerpere il valore emoglobinico e il numero dei corpuscoli diminuiscono in modo tanto più ragguardevole quanto più grave fu l'emorragia e quanto più debole era la persona; in un caso, mentre durante il parto l'emoglobina era risultata al 72 p. 0[0, nelle ricerche al 5° giorno di puerperio dopochè la perdita di sangue era stata di 500 gr. l'emoglobina risultò al 42 p. 0[0.

Confrontando le ricerche fatte in puerperio con quelle fatte in gravidanza, risulta senza eccezione in tutti i casi il valore emoglobinico e il numero dei corpuscoli del sangue diminuito nei primi giorni di puerperio, al 7° od 8° giorno è, per circa la metà dei casi uguale od anche più grande che nell'ultimo tempo di gravidanza. L'A. non trovò come Meyer che il color rosso del sangue diminuisca nel puerperio normale. Il valore emoglobinico è più grande nelle gravide casalinghe che nelle altre e la differenza per l'emoglobina raggiunge il 3 p. 0[0, per i corpuscoli rossi, 0. 36.

Ugualmente fu confrontato col valore emoglobinico il peso del neonato e della placenta per vedere se questi avessero influenza sulla rigenerazione della emoglobina e dei corpuscoli rossi in puerperio. A questo riguardo nessuna conclusione positiva, per quanto maggiore era il peso del neonato e della placenta, tanto più energico risultasse l'accrescimento della emoglobina in puerperio.

Dalle proprie ricerche l'A. deduce le seguenti conclusioni:

1.° Il contenuto emoglobinico nelle donne sane non gravide raggiunge il valore medio del 94 p. 0[0, quello dei corpuscoli rossi è uguale a 5219 milioni.

2.° Nelle donne gravide nel massimo numero dei casi il contenuto emoglobinico e il numero dei corpuscoli rossi è relativamente diminuito, tuttavia que-

st'ultimo aumenta fino alla cifra normale col miglioramento delle condizioni di vita.

3.° Nei primi giorni di puerperio si trova il contenuto emoglobinico e il numero dei corpuscoli rossi diminuito in confronto della gravidanza, e precisamente tanto più quanto più ragguardevole fu la perdita di sangue e quanto più l'individuo era debole.

4.° Nel puerperio si riscontra di giorno in giorno un aumento di corpuscoli rossi e della emoglobina così ragguardevole che in un gran numero di casi 8 giorni dopo il parto il contenuto emoglobinico è tanto grande quanto nell'ultimo tempo della gravidanza.

5.° Durante il parto la colorazione rossa del sangue accresce in conseguenza della traspirazione.

Il reperto della diminuita colorazione e del diminuito numero dei corpuscoli potrebbe far credere come a P. J. Meyer ad uno stato cloroanemico durante la gravidanza o, come a Reinl, ad una influenza anemizzante; ma prima di dare le proprie conclusioni, l'A. fa osservare che non è ancora stato definitivamente stabilito al di sotto di quale quantità procentuale di emoglobina la cifra che la indica, cominci a diventare patologica. L'A. avendo sperimentato solamente su donne sane, ritiene di poter concludere, malgrado le ricerche non numerose, intorno alle alterazioni del sangue nella gravidanza. Riconosciuto anzitutto come il valore emoglobinico sia minore per le donne che trovansi in meno agiata posizione sociale, e riconosciuto come un processo, per quanto fisiologico, pure tanto importante quale è la gravidanza non porta alcuna alterazione nella composizione del sangue, l'A. si domanda se il sangue delle non gravide basterebbe alla formazione ed alla nutrizione dell'organismo fetale. Già l'osservazione dei mutamenti sopravvenienti negli altri organi in causa della gravidanza risponde con verosimiglianza a tale questione: quasi tutti gli organi di una gravida ipertrofizzano in guisa fisiologica mentre lo stato di salute non viene nel minimo modo alterato: il cuore aumenta di attività, i vasi cutanei si sviluppano, i reni, il fegato, le glandole si ipertrofizzano, il collo ingrossa, inturgidiscono le mammelle. Da ciò si può desumere che anche il sangue deve migliorare in composizione, e ciò trova appoggio nelle ricerche di Gassner che trovò il peso della donna negli ultimi tre mesi di gravidanza aumentare di 1500 a 2500 gr. e questo aumento non doversi ascrivere all'utero ed al suo contenuto.

Ciò fu confermato anche dal Baumm. Le cifre date però differiscono alquanto da quelle del Gassner. Da uniformi ricerche di Leichtenstern e di Reinl risulta che il contenuto emoglobinico della neopuerpera oltrepassa il 12 0[0 e depone per un alto numero di corpuscoli rossi. L'A., ammettendo che l'energia dei processi di formazione deve essere colossale nell'embrione, trova che vi deve essere un aumento di ossigeno ed essendo questo legato ai globuli rossi, è logico ammettere che essi

colla emoglobina passano in parte nel feto. Tale fatto viene provato dagli esami del sangue dei neonati le cui madri ammalarono di infezioni negli ultimi tempi della gravidanza; essi nascono coi segni della malattia o la subirono nell'utero e, poichè le ricerche provarono che i germi delle infezioni passano nei feti, perchè ciò non dovrebbe essere pei globuli rossi? Anche gli esperimenti con cinabro, robbia, grasso e inchiostro della China riuscirono secondo il maggior numero degli autori positive. Si può obbiettare che le prove date dalle malattie infettive non sono importanti perchè l'alta temperatura induce condizioni abnormi nell'utero e nei villi del corion. Più o meno simili circostanze abbiamo nel parto di lunga durata; si possono allora riscontrare lacerazioni nelle pareti dei villi coriali (Ruge) per cui il sangue passa a diretto contatto delle pareti fetali e pur tuttavia tale fatto non può considerarsi come patologico, chè i feti nascono sani.

Ora, considerando l'anatomia della placenta secondo le recenti ricerche di Ruge e di Waldeyer veniamo agli stessi risultati. Ruge non vuole riconoscere che negli spazii intervillosi esista sangue, ma solo umore dei tessuti. Il sopravvenire del sangue in tali spazii egli attribuisce alla accidentalità della rottura. Secondo Waldeyer esiste un completo circolo del sangue materno nel quale lo spazio intervilloso si comporta come i capillari, fatto che egli provò con iniezioni. Quale sia la più giusta di queste idee deciderà l'avvenire, ma l'A. deve piuttosto associarsi all'opinione di Waldeyer, perchè soltanto con essa si può spiegare l'alto indice emoglobinico dei neonati che l'esame di tutti gli organi ematogeni del feto non basta a spiegare.

Dott. R. Polacco.

L. Acconci. — **Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante e partoriente.** — Estratto dal *Giorn. della R. Accademia di Medicina.* Torino, 1890.

L'A. si propose due quesiti l'uno di anatomia e l'altro di fisiologia concernenti l'utero nel momento del parto e li illustrò riccamente ed estesamente: agli studiosi il consultare la memoria originale.

I. Quale è la natura e la disposizione degli elementi dell'utero gestante i quali hanno maggior attinenza coi fenomeni che si compiono durante il parto?

a) la sierosa peritoneale, ricchissima di fibre elastiche, come tutte le sieroce, aderisce mediante esse alla sottostante tonaca muscolare molto strettamente nel corpo e nel fondo dell'utero, lassamente invece nel segmento inferiore;

b) la musculatura uterina delle due zone superiori dell'utero cioè del corpo e del fondo, presenta un doppio ordine di fibre delle quali le più esterne dirette

nel senso circolare, e le più interne in quello longitudinale, e fra di esse sta una serie di fibre alternativamente circolari e longitudinali le quali, soprapponendosi reciprocamente, danno alla regione media della tonaca muscolare l'aspetto di un tessuto di garza. Le fibre si arrestano a livello del limite fra il corpo ed il segmento inferiore;

c) le fibre muscolari del segmento inferiore sono dirette in senso longitudinale o leggermente obliquo e meno numerose che nel corpo;

d) le fibre muscolari nel collo sono molto scarse e si trovano più abbondanti alla periferia. Il collo quando è completamente rammollito, è scavato da un gran numero di cavità che gli danno un aspetto spugnoso;

e) le fibre elastiche già numerose nel corpo e nel fondo dell'utero, lo sono di più nel segmento inferiore e sono numerosissime e grosse nella regione cervicale.

II. Quale è la parte fisiologica spettante a ciascuno di questi elementi nelle diverse regioni dell'utero, nel momento in cui si compie la funzione suddetta?

a) nell'atto del parto il segmento inferiore dell'utero esercita una parte attiva, e la parte passiva deve essere limitata alla sola regione cervicale perchè prevalentemente provvista di fibre elastiche;

b) il fenomeno della formazione dell'anello di contrazione dipende dalla differenza di spessore prodotta dalla presenza delle fibre circolari nelle zone superiori dell'utero, le quali andando sempre più retraendosi insieme colle fibre longitudinali producono un'ispessimento nettamente marcato che divide il corpo dal segmento inferiore;

c) il segmento inferiore si distende e si assottiglia per lo stiramento delle fibre elastiche per il quale si produce una trasposizione dei fasci muscolari.

Dott. F. Villa.

Laulanié et Chambrelent. — **Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine pendant la grossesse.** — *Annales de Gyn. et Obst.* Octobre 1890.

Una nuova luce venne a rischiarare la genesi degli accidenti così detti *uremici* allorquando per gli studi di Bouchard si conobbe la tossicità della orina fisiologica, e le sue variazioni negli stati patologici. Gli autori vollero studiare esperimentalmente l'influenza che la gravidanza poteva avere sul grado della tossicità della orina. Il rene è il precipuo emuntorio della economia animale; se egli funziona male ne deve derivare un accumulo più o meno considerevole di materiali tossici, con minaccia più o meno immediata di fenomeni morbosi. Gli accidenti eclamptici del puerperio permettevano a priori la supposizione di un accumulo di

materiali tossici nell'organismo della gravida, ma tale accumulo, doveva apporsi ad eccessiva produzione, od a diminuita eliminazione? Gli autori presero a dilucidare questo punto della questione, e partendo dai risultati di Bouchard come degni di fede presero questi come termine di confronto per le loro esperienze. — *Bouchard crede dover ammettere 30 cent. cubi come limite inferiore, e 60 cent. cubi come limite superiore della quantità necessaria per uccidere un chilogrammo di animale.*

Espongono quindi il manuale operatorio. Iniezione nella vena auricolare dell'animale della orina presa dalla quantità totale emessa in 24 ore. A scanso di errori curarono che la orina impiegata fosse di donne in cui normale era la gravidanza, orine in una parola offerenti caratteri chimici assolutamente normali.

I risultati ottenuti sopra sei esperimenti ponno essere così riassunti:

La tossicità della orina delle donne gravide nell'ultimo mese di gestazione è ad un grado inferiore della media (fissata da Bouchard).

Solo 2 volte il grado di tossicità entrò nei limiti estremi ammessi da questo autore per lo stato fisiologico; il grado di tossicità si avvicinava assolutamente al limite estremo della debole intossicazione. In 4 esperienze il grado di intossicamento fu inferiore al limite estremo dello stato fisiologico, ed in due casi fu così debole da essere inferiore a quello dell'acqua pura.

Sotto l'influenza della gravidanza il grado di tossicità della orina è manifestamente diminuito; e di conseguenza *l'organismo della donna gravida deve essere più o meno saturo di materiali tossici.* Decio.

E. Blanc. — **Sur la tossicité urinaire chez la femme enceinte et chez la femme récemment accouchée.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, octobre 1890.

A controllare l'ipotesi di una maggiore formazione di sostanze tossiche nella gravidanza, l'A. ha praticate delle iniezioni intravenose nei conigli servendosi di orine raccolte da donne agli ultimi mesi della gravidanza, che le presentassero normali e scevre di albumina. Sono 13 esperienze regolarmente condotte, dalle quali emerse *una setticità media di 76 cc. per chilo d'animale* e l'A. conclude che *la donna gravida in condizioni ordinarie di salute non produce e non elimina materiali tossici più di qualunque altro soggetto.*

Riguardo alla tossicità della orina nelle puerpere nei primi cinque giorni, dopo 9 esperienze potè ottenere una *media di 50 cc. per chilo di animale*, e l'A. spiega la tossicità urinaria dei primi giorni di puerperio colle modificazioni dello stato generale della donna, ipereliminazione di prodotti di ossidazione.

Decio.

M. Pazzi. — **Contributo alla statistica ed alla cura della placenta previa centrale con considerazioni cliniche in proposito.**

Sono due casi di placenta previa centrale, interessanti per essersi l'emorragia verificata nel corso del 6° mese. L'A. espone per esteso ambedue le osservazioni e fatte considerazioni sul meccanismo e sulle cause dell'emorragia, conclude per la reale esistenza della rara placenta previa centrale, per l'alterazione organica degli attacchi utero-placentari quale altro momento dell' emorragia e per la necessità di modificare il metodo di cura a seconda del singolo caso.

Dott. F. Villa.

L Acconci. — **Quattro laparotomie. Modificazione alla sutura dell'utero nel taglio cesareo conservatore.** — *Rivista di Ostetricia e Ginecologia.* Torino, 1890.

Riferisce un caso di salpingo-ovarite sinistra da lui operata e che fu seguito da guarigione. L'operazione incontrò notevoli difficoltà in causa dell'esistenza di aderenze strette ed estese e terminò coll'esportazione dell'ovaio destro alterato per degenerazione cistica. Ebbe pure esito fortunato una doppia ovaro-salpingectomia praticata per affezione bilaterale degli annessi che durava da oltre un anno e che faceva soffrire assai la donna, la quale deperiva continuamente.

La terza laparotomia consiste nel taglio cesareo conservatore fatto su donna rachitica con viziatura pelvica di 2.° grado (C. D. 87, C. O. 67-70), la quale partorì una prima volta un feto prematuro, mediante il semplice aiuto del forcipe, una seconda volta venne operata d'estrazione del bambino a mezzo di embriotomia, e la terza volta, l'attuale, si presentò alla clinica a periodo espulsivo iniziato da tre ore, dilatazione completa, acque colate. A livello del laccio elastico emostatico si produsse una lacerazione lunga 6 cent., che venne suturata col catgut. Feto vivo, decorso regolare, dimessa dalla clinica in 20.ª giornata. Un secondo taglio cesareo col metodo conservatore venne dall'A. praticato in gravida rachitica (C. D. 82, C. O. 85) all'inizio del travaglio. Feto vivo, decorso post-operatorio apiretico.

In ambedue queste operazioni venne fatta la lavatura della cavità uterina con acqua sterilizzata, e la sutura dell'utero fu doppia e cioè profonda siero muscolare a punti intercisi con catgut N. 4 e superficiale siero-sierosa a punto continuo col catgut N. 2. In tutti gli atti operativi sopra indicati le pareti addominali vennero cucite in tre piani e sempre col catgut preparato con alcool al sublimato al 5 p. 0[00.

L'A. propone di poi per chiudere la ferita dell'utero la sutura detta a filzetta che fu già ideata dal Bertrandi e che servì ottimamente in un caso occorso nell'anno stesso. Offre il vantaggio di riuscire spedita e di lasciar liberi i margini dell'incisione per la sutura superficiale accurata. In un operazione fatta dal professore Tibone corrispose ottimamente.

Dott. F. Villa.

M. Pantaleo. — **Sull'intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi.** — Dalla *Sicilia Medica.* Anno II, Fasc. XXI.

L'A. si riferisce a' propri lavori intorno all'intervento ostetrico nelle stenosi pelviche e dà alcuni schiarimenti.

Per il parto prematuro artificiale, richiamate le difficoltà che si incontrano nel fissare il periodo certo della gravidanza, la grossezza della testa del feto, e l'esatto grado della stenosi, mantiene la regola di non eseguirlo al disotto di 70 mm. od al disopra di 85-90 mm., considerando questa operazione non necessaria al di là di 90 mm.: in alcuni casi fu però obbligato ad accettarlo fino a 108 mm.

Nelle presentazioni podaliche prima che il sacco si rompa fa tutti i tentativi per trasportare l'estremo cefalico nell'ambito dello stretto superiore.

Nelle stenosi pelviche di primo grado l'ostetrico deve risolversi a non intervenire attivamente, ma piuttosto ad aspettare che il parto si compia naturalmente: rendendosi obbligatorio l'intervento, il forcipe è una grande risorsa. Il forcipe non è da usarsi nelle stenosi pelviche di secondo grado, nelle quali dovrebbesi ricorrere alla sinfisiotomia.

Nelle stenosi di terzo grado a feto morto si pratichi l'embriotomia se non sembra debba essere pericolosa alla madre, ed in tale caso ed a feto vivo si faccia il taglio cesareo.

L'A. spera che si possa fra breve sostituire il parto cesareo alla embriotomia che si esegue nelle stenosi di secondo grado, e ricorda una amputazione utero-ovarica per osteomalacia di recente praticata a preferenza dell'operazione di Sänger che vorrebbe riserbare ai casi nei quali la causa della distocia è removibile.

Dott. F. Villa.

Paolo Negri. — **Sulla idrocefalia ripetuta del feto.** — Dalla *Rivista Veneta di Scienze Mediche.*

Il prof. Negri avendo avuto l'occasione di asssistere nella Clinica Ostetrica di Venezia una donna sestipara in cui l'ultimo parto era stato di feto idrocefalico, come

pure idrocefalici erano stati i primi due feti messi alla luce, ne trae argomento per rendere nota la intiera e dettagliata storia della paziente più e più volte ricoverata nella detta Maternità. Il fatto poi che tre dei sei figli nacquero spontaneamente, a termine, vivi e sani, gli fa sorgere un dubbio sulla proposta inoltrata dal Simpson, cioè che il parto prematuro possa con la interruzione della gravidanza, salvare il feto da una malattia tanto letale per esso, la *idrocefalia*. Se infatti un ostetrico, nel corso della 3ª gravidanza della suddetta donna, basato sull'analogo procedere del Simpson, avesse interrotto la gravidanza, il feto nato vivo e sano sarebbe venuto in sostegno della pratica del Simpson, e forte del favorevole esito avuto, l'ostetricante avrebbe ripetuto tale pratica nella 4ª e 5ª gravidanza, e i 2 nuovi esiti favorevoli avrebbero rinforzata la convinzione che la via battuta era la buona. Ma essendo così le cose decorse bene senza alcun intervento, l'A. è d'avviso che forse anche il caso del Simpson avrebbe potuto avere esito perfettamente uguale anche senza l'intervento dell'arte. Dichiara doversi non rifiutare la pratica del Simpson in quei casi in cui dati replicatamente alla luce feti idrocefalici essendo la donna nuovamente gravida, ripetuti e diligenti esami (palpaz. addomin.), confermassero nella convinzione della idrope cefalica del nascituro.

Decio.

Schauta. — **Die Kastration bei Osteomalacie** *(La castrazione per osteomalacia).* — *Wiener Mediz. Wochenschrift.* N. 19, 1890.

Se gli studi degli ultimi anni furono ricchi di risultati negli altri rami della medicina, non hanno invece dato alla luce nulla quasi di utile sull'argomento dell'eziologia dell'osteomalacia. Un certo progresso in senso negativo, è pure da notarsi a questo rapporto, in quanto nell'eziologia di questo morbo oggi si ammette meno di prima un'influenza costante. Si sa che non sempre si riscontrano per gli osteomalacici le cause morbose di un'insufficiente nutrizione, di abitazioni umide e simili, ma che ammalano pure di questa forma individui, i quali hanno condizioni di vita lodevoli. Furono pure citate spesso le circostanze di ripetute gravidanze o di allattamenti prolungati. Lo stato delle nostre cognizioni di patogenesi odierne, ci insegna (il che fu dimostrato da diversi autori, Winckel, Baumann, Kehrer) che l'osteomalacia abbia un'origine parassitaria. Ciò non ostante si può trovare la controprova di questo modo di vedere negli immediati risultati, che hanno gl'interventi operativi nell'osteomalacia, dei quali si parlerà in seguito. Il progresso della terapia di questo morbo è altrettanto sconfortante che riguardo all'eziologia e ciò appare naturale, giacchè una terapia razionale può soltanto di regola essere fondata sui criteri del processo eziologico.

Però in medicina fu percorsa con buon risultato anche una opposta via. Mentre prima il trattamento con l'olio di fegato di merluzzo, il ferro, l'albuminato di ferro, l'acqua di calce, avevano dato risultati poco soddisfacenti e affatto passeggieri, e puranco di raro si ebbero buoni risultati col miglioramento delle condizioni igieniche, nutrizione sostanziosa, impedimento a ripetute gravidanze ed allattamenti prolungati, e ciò per le ragioni già dette, nuove vie si aprirono alla terapia dell'osteomalacia, per mezzo di un'operazione, la quale in primo tempo non fu proprio intrapresa nell'intento d'influire beneficamente sull'osteomalacia, ma anzitutto per rendere possibile il parto, ostacolato assolutamente dal fatto osteomalacico. Fu questa l'operazione Porro.

Mentre, secondo Baumann, l'antico taglio cesareo in 12 casi, qui occorsi negli ultimi 60 anni, solo due volte aveva lasciato rilevare una benefica influenza sull'osteomalacia, l'operazione Porro per 24 casi, diede 20 volte per risultato uno stato di salute lodevole, e 4 volte un miglioramento accertato dell'infermità ossea.

Questi risultati indussero Fehling nel pensiero di ottenere col processo operativo la guarigione dell'osteomalacia anche nei casi, in cui non esisteva gravidanza. Nella convinzione che la benefica influenza dell'operazione Porro, fosse da attribuirsi all'impossibilità della generazione egli fece nel gennaio 1887 per la prima volta la castrazione in un caso adatto. Il successo rispose all'aspettativa. Già dopo sei settimane la donna, che prima era stata obbligata al letto più di un anno, poteva, appoggiata solo ad un bastone, camminare ed è ora completamente risanata. Fehling, potè anche in altri casi constatare gli accennati e rapidi risultati della ooforectomia, e dopo lui Winckel, P. Müller, Hoffa in casi gravi di quella malattia. Furono pubblicati fino ad ora otto casi di tal fatta con altrettanti risultati.

Va da sè che quando si parla di guarigione dell'osteomalacia, l'affermazione sta solo per un consolidamento delle ossa ammalate e della loro resistenza. Le deformità ossee prodotte dalla malattia, non possono regredire, onde resta anche nella migliore guarigione una cotal singolarità di deambulazione, cui Zweifel impose il nome di deambulazione orizzontale. Gli ammalati a causa dell'avvicinamento dei capi femorali devono rotare su un piede per poter portare una gamba innanzi all'altra.

Agli otto casi prima ricordati io sono in condizione di poterne di proprio aggiungere un nono, che io dò qui alla luce, perchè non ispero di poterne osservare così presto altri casi, vista la rarezza dell'osteomalacia nella nostra provincia e perchè soltanto col contributo di tutti, allo stesso modo di molte questioni di medicina pratica, può essere rischiarato l'argomento, svolto da Fehling, su l'influenza della castrazione nell'osteomalacia.

Il mio caso è il seguente:

E. M. di 32 anni, moglie di un operaio di Schatzlar, nasce da genitori sani; tranne un tifo a 15 anni fu sempre in buona salute fino al principio delle odierne sofferenze; visse in condizioni esterne buone, buone pure furono le condizioni di nutrizione e di abitudini. Le menstruazioni cominciarono a 16 anni, furono sempre irregolari, sempre abbondanti, con violenti dolori al loro apparire.

La paziente ha partorito 4 volte e cioè 12, 8, 5 e 1[2 anno prima. Le odierne sofferenze cominciarono dopo il terzo parto; dopo questo, essa si alzò come anche sempre per l'innanzi, già dopo 24 ore. Nel 3º giorno di puerperio avvertì nel chinarsi dei dolori trafittivi al sacro. Questo sintomo rimase solo per molto tempo, più tardi sorsero pure dolori in ambe le estremità, alle anche e alle regioni costali. Già in questo tempo la paziente zoppicava, essendo più forti i dolori nel cadere su l'una o su l'altra gamba, quando muoveva il passo. Questo stato persisteva fino alla 4ª gravidanza, cominciata 15 mesi fa, e con la quale s'iniziò un tale aggravamento delle sue sofferenze, che la paziente già dopo le prime settimane di gravidanza dovette continuamente tenere il letto. Il parto si compiè spontaneamente e il puerperio fu normale, come i precedenti.

Sperava la donna, una volta liberata dal peso del feto, di riavere la sua primiera alacrità, ma ciò non avvenne; essa non poteva più lasciare il letto e perfino sopportava per poco la posizione seduta in letto. La paziente aveva allattati i tre primi figli, il 1º per 9, il 5º e il 3º per 6 mesi; non potè il 4º, essendovi agalactia.

Stato presente del 26 giugno 1889. La paziente è lunga 1 m. 40, scheletro difettoso, stato di nutrizione cattivo, cranio mesocefalo. I denti della mandibola superiore sono ridotti a pochi residui, nella mandibola inferiore, permangono gli incisivi, un canino e un solo molare. Collo lungo con discreto struma parenchimatoso. Pronunciate le fosse claveari, torace asimmetrico, conico, nel quale le due coste inferiori vere e le false di destra sono piegate in un arco più accentuato, mentre le corrispondenti di sinistra sono appianate e irregolarmente contorte. L'addome è straordinariamente corto, prominente e la pelle delle pareti addominali raccolta in pieghe, leggermente edematosa. Le ossa iliache, si palpano spesse, irregolari. All'esame esterno si riscontra la caratteristica prominenza a becco della sinfisi pubica: irregolari sono le creste iliache. All'esame interno si trova che le branche discendenti del pube convengono verso la linea mediana così da racchiudere con l'arcata pubica uno spazio tanto ristretto da accogliere appena il dito. La circonferenza del bacino sporge quindi fortemente all'indentro, la distanza sacro-cotiloidea è ridotta a circa 4 cent.; le misure esterne del bacino sono fra le spine a. s. 21, fra le creste 24 4[2, fra i trocanteri 25, diam. di Baudeloque, 19.

La colonna vertebrale nella regione dorsale è sporgente, arcuata all'indietro con leggera convessità a sinistra; la spalla sinistra è alquanto più elevata.

Vista l'inutilità di ogni altra cura, in nulla essendosi migliorate le condizioni, già dopo 6 mesi dall'ultimo parto, si propose alla paziente l'operazione che fu una doppia ooforectomia fatta il 22 luglio 1889. Entrambe le ovaie erano molto allungate (5 cent. la destra, 4. 8 la sinistra), ruvide, ispessite, mostravano al taglio numerosi follicoli e piccole cisti. Nell'ovaio di sinistra un corpo luteo recente. Il decorso operativo fu regolare e favorevole. Già al 15 di agosto, la paziente, che prima aveva guardato il letto per oltre 15 mesi, fu in istato di lasciarlo e ben presto di aggirarsi per la camera, con un semplice appoggio. La cedevolezza ossea era molto diminuita. L'incisione addominale guarita per prima. L'utero in antiflessione ad angolo ottuso.

Sull'ulteriore decorso della paziente, traggo i dettagli seguenti da una lettera del dott. Kolar medico in Schatzlar, e da una della paziente. Il dott. Kolar mi scrive ai 17 gennaio 1890 (cioè 6 mesi dopo l'operazione); La donna E. M. gode attualmente di uno stato di salute, che è assolutamente notevole rispetto al suo stato triste primiero. I dolori trafittivi al sacro e agli ipocondrii sono cessati. Essa gira tutto il giorno per le sue faccende casalinghe; e mentre prima solo faticosamente poteva andare con l'aiuto di un bastone (negli ultimi tempi nemmeno) adesso gira quasi senza sforzo alcuno, la di lei energia è evidentemente ristabilita. Anche l'aspetto di profonda anemia che c'era prima ha lasciato il posto a una tinta sana. Le menstruazioni non comparvero più. Nello stesso senso parla pure, la lettera della paziente che ebbi il 9 febbraio di quest'anno.

Risulta chiaro dalla descritta storia clinica come nel mio caso si abbiano avuti (come nei casi già conosciuti più sopra citati) risultati rapidi e durevoli nell'osteomalacia per mezzo della castrazione a fondamento delle sperienze finora fatte di guarigione sia con l'operazione Porro, sia con la castrazione, sull'argomento della malattia ossea, sorge naturalmente la questione per quale via sia raggiunto questo miglioramento. A questo proposito due opinioni stanno di faccia.

Secondo Zweifel ciò è dovuto solamente all'impedimento posto con l'operazione Porro e rispettiva castrazione a una nuova gravidanza, mentre secondo Fehling, la soppressione dell'attività ovarica colla sua influenza su tutto l'organismo, e la cessazione dell'attività sessuale sarebbe ciò a cui l'operazione deve la sua azione curatrice. Addentriamoci alquanto in queste due teorie.

L'impedimento alla concezione ha in mira l'impossibilità di una nuova gravidanza. Questo scopo, secondo Zweifel, sarebbe molto meglio raggiungerlo per una via più semplice che non la laparotomia.

In caso di necessità di una laparotomia per altra ragione (taglio cesareo) si arriverebbe egregiamente allo scopo conservando l'utero, legando le ovaie e separandole dalle tube. Sarebbe giusta questa idea, se le donne, le quali, affette da osteomalacia, non rimangono più incinte per altre ragioni, dovessero trovarsi sotto il rapporto prognostico della guarigione delle loro sofferenze, nello stesso stato che quelle rese sterili con l'arresto dell'ovulazione e della mestruazione, per mezzo della legatura e la dieresi delle tube. Ma vi sono abbastanza casi, che comprovano come l'osteomalacia, sorta durante o dopo una gravidanza, non sia venuta a guarigione, anche quando nessun altra gravidanza succedette, e quindi un tale individuo potesse essere considerato sterile.

Nel primo dei citati casi di Fehling erano già passati quattro anni da l'ultimo parto e pure non ne era conseguito alcun miglioramento, anzi un peggioramento tale, che la donna soltanto con un appoggio poteva trascinarsi a fatica. Nel 2° caso (Fehling) era succeduto sulle prime un miglioramento dopo l'ultimo parto, quando nuovi peggioramenti tennero dietro, sì che due anni più tardi, senza

l'intervento di una nuova gravidanza, lo stato di salute era diventato insopportabile e la castrazione necessaria. Nel caso 8° (Hoffa) è narrato che l'osteomalacia persisteva e peggiorata da l'ultimo parto già trascorso da due anni. Nel nostro caso le sofferenze cominciarono dopo il terzo parto e, benchè in seguito non fossero comparse altre gravidanze per 3 anni e 9 mesi, pure la malattia si aggravò di settimana in settimana.

Questi esempi, a cui molti altri potrebbero essere aggiunti, possono bastare per dimostrare che al solo fatto dell'impedimento a una nuova gravidanza, non possono ascriversi i risultati dell'operazione Porro e della castrazione.

Con ciò però non deve negarsi il fatto che, nell'osteomalacia in corso, ogni nuova gravidanza, massime se si seguono a brevi intervalli, ha per conseguenza un evidente peggioramento della malattia. Secondo Fehling la benefica influenza dell'operazione Porro e naturalmente anco della castrazione deve cercarsi nella soppressione dell'attività sessuale, in seguito alla mancanza delle ovaie. I risultati della castrazione depongono indubbiamente per la giustezza di questa opinione.

Un caso soltanto però resta incomprensibile, un caso che io conosco esattamente, avendone assistito l'operazione a Vienna nell'anno 1877; io intendo parlare del caso che Späth operò di operazione Porro il 22 giugno 1877. La paziente era già osteomalacica da 5 anni, passò le ultime settimane di gravidanza a letto quasi continuamente, fu operata di operazione Porro e già al 10 di agosto era in istato di salire qualche scalino in giardino e di aggirarvisi senza appoggio, al 1 di ottobre montava le scale e da allora godette buona salute.

In questa donna erano, contro la tecnica, state lasciate entrambe le ovaie nella cavità addominale. Io non so assolutamente trovare un altro caso simile, ma certo in questo caso, benchè permanessero le ovaie, la guarigione fu sorprendentemente rapida. Nondimeno non si può dubitare che non sia la mancanza dell'ovaie che nei casi di castrazione implichi il successo. E fa d'uopo per il caso eccezionale citato accontentarsi della spiegazione che qui l'osteomalacia guarì, essendo stato posto termine alla gravidanza. Annovi casi in cui senza castrazione, con la fine della gravidanza s'inizia una rapida guarigione. Però si potrebbe pensare anche a un'altra spiegazione. Nel caso di Späth potè sì persistere alcun tempo o a lungo il processo d'ovulazione, ma non quello di menstruazione, mancando l'organo che ne deve essere sede, l'utero. Spiegherebbe adunque la mancanza della mestruazione, la guarigione successiva alla castrazione? Parecchi fatti depongono a favore di questo modo di vedere.

Così in molti casi a ogni mestruazione si univa un evidente peggioramento della forma osteomalacica, ciò risulta chiaro del caso 2° (Fehling). Però queste sono ipotesi. Accontentiamoci intanto di provare coi fatti che la castrazione è un ottimo mezzo per guarire l'osteomalacia, e aspettiamo una spiegazione più certa fino a quando sarà conosciuta con sicurezza maggiore l'essenza dell'osteomalacia

e dell'ovulazione e della mestruazione. Oggi noi non sappiamo nulla di veramente sicuro su questi processi.

In fine ancora qualche parola sulle indicazioni della castrazione nell'osteomalacia; non tutti i casi si prestano a questa operazione. E come sappiamo che talvolta il termine dello stato di gestazione è già per sè da considerarsi come un fattore di guarigione, così si deve aspettare alcun tempo dopo l'ultimo parto, ponendo mente se la malattia cominciò per la prima volta nella rispettiva gravidanza. Indicati per la castrazione sono specialmente quei casi di osteomalacia progressiva, che da lungo tempo dopo la fine della gravidanza persistono e la cui guarigione o miglioramento non fu potuta raggiugere per altre vie.

MARONI.

CARLO CUCCA. — **Su di un'operata di sinfisiotomia.** — *Giornale internazionale di scienze mediche.* Fasc. 13, 1890.

È la relazione di un'operazione di sinfisiotomia praticata su una donna gravida a termine, alta un metro ed otto centimetri con note evidenti di rachitismo. Circ. pelv. 64. Sp. 22. Cr. 25. Coniug. est. 15. Obl. est. sup. d. 24. Obl. est, sup. sin. 22. Coniug. diag. 8. Era adunque da ritenersi che la C. V. fosse di 67 mm. Si trattava di bacino asimmetrico avvicinantesi al bacino ovale, gravidanza a termine, feto vivo, pres. V. in O. I. D. Il prof. Novi, avversario dell'embriotomia a feto vivo, credè miglior consiglio attendere l'inizio del travaglio per eseguire la sinfisiotomia. A dilatazione completa, rottosi il sacco delle acque, vuotata la vescica ed il retto, cloroformizzata la donna, si eseguì l'operazione col solito metodo. Incisione lungo la linea mediana per 2 cent. e mezzo partendo da quasi un centimetro al disopra del pube: divisione delle parti molli fino alla sinfisi che fu poi aperta colla falcetta del Galbiati. Subito i due pubi si allontanarono per due centimetri ed, applicato il forcipe, nel momento di massima divergenza delle due ossa si ebbe fra loro la distanza di 81 mm. senza che si notasse nè distrazione nè lacerazione delle sinfisi sacro iliache, e ciò secondo l'A. grazie al valido sostegno fatto alle ossa iliache da due abili assistenti.

Feto vivo: peso chilogr. 5, lung. 59 cent. B. p. cent. 10. B. t. 8 1[2. O. F. 12. Obr. g. 5. O. M. 14. Bis-acr. 15.

Ravvicinati i pubi, applicata una fascia a corpo pel bacino ed una per tenere avvicinate le ginocchia, l'operata fu passata nella sala del puerperio. Andamento buono, la donna si alzò in 20ª giornata e, pochi giorni dopo, del tutto guarita, lasciò la clinica.

In questo caso la divaricazione dei pubi ottenuta fu veramente esagerata, perchè tutti convengono che il massimo divaricamento non può oltrepassare i

mm. 67 senza esporre a gravi lesioni le sinfisi sacro iliache: è però vero che Girard ed Ansiaux dicono che tal limite può spingersi fino a mm. 81. Oltre al buon sostegno delle sinfisi giovò al corretto andamento ed all'esito dell'atto operativo il non essersi fatto alcun movimento di lateralità.

Dott. R. Polacco.

Otto Engstrom — **De l'ovariotomie pendant la grossesse.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, octobre-novembre 1890.

Quantunque la coesistenza di gravidanza e di tumore ovarico costituisca una condizione tutt'altro che benigna, tuttavia si danno casi in cui e i tumori e la gravidanza possono progredire senza mostrare una reciproca dannosa influenza, anzi, furono veduti alcuni tumori arrestarsi nel loro sviluppo e fino anche diminuire. Questi sono casi eccezionali, di solito il tumore cresce rapidamente causando il parto prematuro, od ingrossandosi l'utero il tumore può occasionare gravi accidenti di compressione, quale la rottura della cisti, la torsione del peduncolo, lo spandimento di sangue nella cavità addominale, la peritonite, la gangrena delle pareti della cisti con tutte le conseguenze. Talora fu ottenuta una rapida degenerazione maligna del tumore. Inoltre la cisti può creare seri ostacoli all'atto del parto, non indifferenti per la madre e per il feto.

Ma anche se il parto si compie felicemente la cisti ovarica può influenzare tristamente il puerperio per complicazioni inerenti ad una eventuale torsione del peduncolo, o a lacerazione della cisti, accidenti che non ebbero il tempo di manifestarsi prima, coll'esito di una peritonite scoppiata poscia nel puerperio. Ed anche senza tali speciali condizioni fu osservata una decomposizione purulenta e necrotica del tumore coll'esito di pronta morte, infine la caduta di un tumore ovarico nel bacino, può comprimere il collo uterino dando luogo ad una ritenzione lochiale.

L'A. espone poscia la mortalità, tolta dalla letteratura, mortalità piuttosto elevata, ed espone delle cifre le quali provano che anche pei nati la prognosi è tutt'altro che favorevole. La pronta estirpazione di un tumore ovarico s'impone sempre nei casi ordinari, ma nei casi di gravidanza furono consigliati e seguiti diversi metodi, quali la provocazione dell'aborto, del parto prematuro, la puntura della cisti, l'estirpazione radicale.

L'A. passa in esame ad uno ad uno tali metodi enumerandone i vantaggi ed i danni. La ovariotomia in gravidanza è divenuta una operazione autorizzata, l'esperienza ha dimostrato che tale operazione non si aggrava pel fatto della gravidanza concomitante, e che anche i timori della interruzione della stessa sono infondati.

Espone 7 casi propri di ovariotomia in gravidanza, le osservazioni sono esposte assai dettagliatamente. Sette operate, sette guarite. L'A. soggiunge che si debbono

osservare le uguali norme di una laparotomia ordinaria, colla avvertenza che se il tumore è situato molto in alto la incisione deve possibilmente cadere alla medesima altezza, onde evitare inutili e pericolosi stiramenti sul peduncolo. Le legature debbono essere diligentemente applicate, onde non abbiamo a sfuggire per eventuali contrazioni uterine; durante l'atto operativo l'utero non deve stare scoperto che il tempo strettamente necessario, e ciò per non incontrare il pericolo della insorgenza di contrazioni. In nessuna delle operate dall'A. fu visto interrompersi la gravidanza; smentita alla comune credenza che operazioni eseguite nella sfera genitale durante la gravidanza possano facilmente condurre al parto prematuro. Ciò posto, nell'interesse del feto, l'ovariotomia offre un pronostico migliore della cura aspettante, che spesso predispone alla spontanea interruzione della gravidanza, con parti difficili per la presenza del tumore. Decio.

Grossmann. — **Ueber Retention und manuelle Entfernung der Placenta** (*Sulla ritenzione e sull'estrazione manuale della placenta*). — *Münch. Med. Woch.*, 16, 17, 1890.

La frequenza delle emorragie del secondamento venne illustrata dal Dührssen che disse in Prussia morire in media giornalmente una donna per queste cause. Eccetto una statistica americana del dott. Sharp di Minneapolis su 765 parti, non esistono lavori in proposito, forse perchè i medici temono di porsi con essi in cattiva luce dal momento che lo Spiegelberg dice doversi ascrivere quasi sempre le emorragie del secondamento alla cattiva assistenza.

L'A. è indotto a pubblicare le proprie idee dal fatto di essere stato molte volte chiamato a prestare l'opera propria in casi gravi ed urgenti quando l'estrazione manuale rimaneva quale unico mezzo di salvezza e più ancora dal fatto che tale intervento ostetrico, premessa naturalmente la più accurata antisepsi, non è pericoloso quanto in generale si crede.

Grandi differenze si notano nelle cifre date dalle cliniche riguardo all'estrazione manuale della placenta; così il Vincent della clinica di Lione dice che su cinque mila parti solo 3 volte si entrò in cavità; secondo il Leopold nella clinica di Dresda su 4128 parti si fecero 25 secondamenti artificiali, quindi il 0.16 0[0; segue poi la clinica di Monaco col 0.23 0[0, poi la clinica di Vienna sull'enorme numero di 32000 parti dà il 0.37 0[0, mentre la clinica di Pest dà già l'1.5 0[0.

Cifre di comparazione si trovano nelle tabelle delle Levatrici e sono già citate nella letteratura come p. es. nelle relazioni sui parti nella città di Stuttgart negli anni 1877 e 1878 e nella relazione di Winckel sul lavoro degli ostetrici e delle levatrici di Sassonia nel 1878. Queste confermano il fatto che, nella pratica privata, il secondamento artificiale si compie assai più spesso che nelle cliniche, e

l'A. su 4000 parti potè accertare che 86 volte, quindi nel 2.2 0[0 dei casi si compì il secondamento manuale; non è certo grande conforto il vedere questa cifra sorpassata da quella della clinica russa di Kasan dove fu praticato il secondamento artificiale nel 3.6 0[0 dei parti.

Dato adunque che tale operazione è 10 volte più frequente nella pratica privata si potrebbe dire che viene nove volte su dieci eseguita senza bisogno. Ma per contraddire a questa asserzione bisogna spiegare come e perchè, date anche deboli aderenze placentari, l'usato metodo di espressione non basta e perchè tali casi avvengono più frequenti nella pratica privata.

Chi se ne intende alquanto sa che circa il 95 0[0 dei parti viene assistito esclusivamente dalle levatrici, e che il medico viene chiamato solo allorchè in cause di grave emorragia la ritenzione della placenta domanda pronto sussidio.

In generale le levatrici non ricorrono volontieri al medico preferendo sbrigarsi da sole nel periodo del secondamento, ed usano perciò bene o male il metodo di espressione del Credè, cosa che però viene largamente usata anche dai medici e particolarmente da quelli della vecchia scuola, perchè tale metodo era stimato come una panacea contro ogni perturbazione del periodo del secondamento. La guerra iniziata e condotta negli ultimi anni da Dohrn, Ahlfeld ed altri al Metodo di Credè ha certo molto giovato mostrando che bene spesso le sole forze naturali bastano ad espletare il secondamento ed anzi che una perturbazione del naturale lavoro con maneggi di espressione, può far danno; noi abbiamo anche appreso che un aiuto manuale nel periodo del secondamento è lecito solo quando la placenta, espulsa dall'utero fortemente retratto, giace di già sul flacido segmento inferiore; secondo Schroeder, secondo Kohn ed altri con lieve pressione del fondo uterino verso l'ingresso pelvico, e secondo Pajot con una leggiera trazione sul funicolo si può aiutare il secondamento, metodi tutti ugualmente buoni a giudizio dell'A. Ma anche questi metodi, che si dovrebbero porre in atto circa una mezz'ora dopo l'espulsione del feto non vengono che raramente usati nelle Cliniche nelle quali si preferisce la cura aspettante; in una ragguardevole minoranza, circa nel 45 0[0 dei casi si impiega il metodo di Credè sia contro l'emorragia, sia perchè due ore dopo il parto non è ancora avvenuto il secondamento, ed allora l'espressione non può che giovare. Il metodo aspettante induce dunque una notevole diminuzione nell'intervento; la aspettazione assoluta ha pure i suoi gravi danni.

Fra le anomalie del secondamento l'A. si occupa solo della deficiente contrattilità dell'utero e delle aderenze placentari perchè inducono emorragia. Quando il sangue invece di accumularsi dietro la placenta concorrendo a staccarla (modo di espulsione secondo Schultze), si fa strada all'esterno (Duncan) per qualche passaggio fattosi in causa di frizioni o di espressioni, si produce emorragia, che può essere tale da rendere necessario il secondamento artificiale. Ciò perchè la espressione può solo facilitare la espulsione finale della placenta quando sia già

staccata dalle contrazioni mentre le inopportune manovre di frizione e di espressione rendono paretico l'utero. Infatti, quando si spinga nel molle segmento inferiore gran parte della placenta, e nella porzione superiore dell'utero ne rimanga una piccola parte, questa offre sì piccolo ostacolo alle contrazioni che non può venire espulsa.

Talvolta però, dopo gravi atti operativi si eseguisce il secondamento artificiale ancora prima di svegliare la paziente, cosa che, malgrado l'autorità di Kleinwächter non viene ora più praticata dall'A.

L'A. espone quindi, commentandoli i 40 casi in cui egli praticò l'estrazione placentare e passa ad indicare le norme antisettiche da lui usate. Astrazion fatta dalla accurata disinfezione subbiettiva egli ritiene inutile la lavatura preliminare e la lavatura terminale perchè il sangue stesso può fare come da irrigazione disinfettante dall'interno all'esterno. La prognosi è grave, mortalità del 7 0[0, e secondo Winckel fino il 18 0[0; si hanno tuttavia statistiche che danno solo il 4 0[0.

Secondo l'A. però i casi in cui si debbono dividere forti aderenze utero-placentari, non si ponno paragonare agli altri; egli non ebbe alcun caso di grave malattia o di morte per processo puerperale, ma 3 casi di morte per emorragia.

Riassumendo le proprie idee, ritiene che, dopo il parto si debba sorvegliare l'utero colla mano e, in caso di atonia o di emorragia, risvegliarne la attività con lievi frizioni; solo ad utero fortemente contratto si tenti l'espressione; fallita questa e perdurando l'emorragia, con mano asettica si stacchi la placenta.

R. Polacco.

G. Piccinini. — **Esiti e trattamento della gravidanza tubaria.** — *Gazzetta medica* di Roma. Luglio 1890.

Riassunte le idee attuali e constatati i trionfi dell'intervento chirurgico, riferisce alcuni casi nei quali la rottura della tromba fu seguita da rapida morte, e narra un altro caso di « gravidanza tubaria rotta alla nona settimana: ematocele pelvico: peritonite » da lui felicemente operato con esportazione della sacca ed ablazione degli annessi del lato opposto essendovi ematosalpinge. Lavatura del cavo peritoneale, tamponamento colla garza iodoformica: sei giorni dopo tolta la garza, applicazione di drenaggio di gomma. Guarigione entro un mese. Parlando poi degli ematoceli, sostiene colla scorta di osservazioni, che l'apertura dalla via vaginale è meno pericolosa di quello che è creduto da alcuni.

Dott. F. Villa.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Aprile 1891. Num. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

12 MAY 91

Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche più comuni

STUDIATO DAL LATO STORICO

e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi

PEL

Dott. PERICLE SACCHI

Libero Docente d'Ostetricia, Medico Primario della Maternità di Cremona.

(Continuazione, vedi pag. 239).

Resta ora da portare l'apprezzamento sui vari metodi usati per praticare il parto precoce onde sceglierne il migliore, poichè così discorreremo di quello, che dissi terzo requisito essenziale, perchè non abbia a mancare l'esito fortunato dell'operazione.

Molti ostetrici non sarebbero stati così contrari ad usare codesto atto operativo, se alcuni rovesci non avessero in essi indotta una completa sfiducia nel metodo usato, e ben giustamente dice il Porro che « la considerevole mortalità delle donne a cui fu provocato il parto, è legata strettamente alle conseguenze della operazione. »

Sarebbe qui affatto fuor di posto lo estendersi nella descrizione minuta di tutti i metodi; ne tratterò, per quel tanto che basta per apprezzarne il valore.

La eccitazione uterina per rimedi è metodo da rifiutarsi in modo assoluto, poichè gli agenti terapeutici per essa proposti o sono insufficienti o sono pericolosi. La ruta, la sabina, il fosforo, il solfato di chinina (Monteverdi, Chiara, Sayre) ripetutamente esperimentati si mostra-

rono inattivi. Lo stesso Merz, il quale recentemente (*Bullet. méd. d'Algérie*, janv. et févr. 1890), ha sostenuto che la chinina può indurre l'aborto nei primi tre mesi di gravidanza, provocando la contrazione uterina, dice che non precipita quasi mai il parto negli ultimi tre mesi.

Ramsbotham, Wenzel e l'Alliprandi nostro, adoperarono la segale cornuta con effetto, ma Bongiovanni, Lovati, Pastorello, e molti altri la trovarono inefficace ed osservano, che se viene amministrata in dose eccessiva, quasi sempre agisce malamente sul feto, turbandone grandemente la circolazione; al che probabilmente tiene il fatto che Tessier, Valler, Courhaut e Baudelocque dicono di avere osservato, di essere cioè l'aborto compagno delle epidemie indotte dal grano speronato.

Krause riporta 117 osservazioni di riuscita amministrazione della segale, 62 sono di Olandesi e 55 di Inglesi. In questi 117 casi morirono 4 madri e nacquero 47 bambini morti; dei nati vivi la maggior parte soccombette poco dopo la nascita. Hoffmann raccolse 45 osservazioni, ma indica l'esito soltanto di 38 feti, di cui 15 nacquero morti e 23 vivi; di questi 18 non camparono oltre le 36 ore, e di cinque è ignoto se sieno sopravissuti.

Un rimedio che fu molto esperimentato in questi ultimi tempi è la pilocarpina. Tentata dapprima da Massmann fu poi usata da Spaeth, Kleinwächter, Hyernaux, Müller, Sänger, Schauta, Felsenreich, Welponer, Hinze, Weiss, Chantreuil, Kroner, Phillips e Cantab, e fra noi da Pasquali, Cuzzi, Parisi, Bergesio e Nicolini; ma se nelle prime prove sembrò dare qualche risultato, fu dagli esperimenti successivi dimostrata od inattiva o tale da far dire al Hyernaux che « il suo effetto oxitocico non è dovuto ad una azione speciale dell'alcaloide, ma ad un effetto di vero avvelenamento, » ed il Bergesio conclude la sua lettera al Cuzzi, a proposito della pilocarpina, con queste parole: « Meglio avere un ecbolico di meno, che notare un decesso per troppo zelo d'innovazione scientifica. »

Alla eccitazione uterina per rimedi esterni appartiene il metodo consigliato per primo dal d'Outrepont, che consisteva nel massaggio del fondo dell'utero; ma è insufficientissimo, come il succhiamento dei capezzoli proposto dallo Scanzoni, che pure riuscì una volta al Rizzoli, ed il metodo ancora più molesto di Langhenreich e Germann dell'applicazione alle mammelle di ventose di cautchouc. Vi appartengono pure i bagni caldi ripetuti, consigliati da Gardien, e l'uso dell'elettricità sotto

forma di corrente continua e di corrente indotta. È il Bayer che specialmente sostenne l'uso della corrente costante al Congresso Medico di Strasburgo 1885, e se ne occuparono pure Bumm, Grünewaldt, Welponer e Keischmann, ma Kilian, Schreiter, Müller ed Homburger non ne ebbero alcun successo. La corrente indotta fu usata senza risultato da Schauta, Krassowsky, Keyer e Walcher; e se ne lodarono invece Styromjatnikoff, che si servì di un elemento Spammer ed applicò il polo negativo sul collo ed il positivo in diversi punti del corpo; e Litchkows, al quale però occorsero 15 sedute, una o due per giorno, di 15 a 20 minuti ciascuna, per ottenere una dilatazione sufficiente perchè si potesse rompere il sacco amniotico.

Per l'eccitazione diretta contro il muso di tinca, noto le frizioni consigliate dal Ritgen, e già usate, come accennai, da Pier Paolo dell'Arme (1768); mezzo questo, che sebbene sia di lenta azione, e perciò certo non preferibile ad altri migliori, io non credo però sia, come vuole Scrhoeder, da ritenersi poco efficace, poichè io conobbi una donna che immettendo l'indice in vagina andò titillandosi così l'orificio esterno uterino, da provocarne l'apertura, ed insistendo a più riprese coll'introdurre il dito nel collo, promosse da sè la dilatazione di questo ed il parto abortivo senza inconvenienti di sorta. In questa donna però il collo era centrale e piuttosto basso; e se debbo credere a quanto essa mi riferiva, quello non era il primo degli aborti, che con tale metodo essa si era procurato.

Altro mezzo che agisce eccitando la bocca esterna dell'utero è il tamponamento vaginale. Esso era già conosciuto in antico come provocatore dell'aborto, ed è ad esso che si riferisce Ippocrate col suo giuramento. Fu poi più specialmente usato per frenare le metrorragie e la obbiezione che si fa all'uso del tampone nell'aborto, di promuovere cioè le contrazioni uterine, fu forse quella, che diede l'idea di usarlo come mezzo provocatore del parto.

Burkhard ideò pel primo nel 1838 e Schoeller propose nel 1842, il tamponamento della vagina con filaccie; Hüter di Marburgo, a queste sostituiva una vescica di vitello, che veniva riempita di una decozione di segale cornuta; probabilmente nella speranza che questo rimedio dovesse agire per esosmosi. Carlo Braun nel 1851 fece conoscere il suo colpeurynter, il quale consiste in una vescica di gomma munita di un tubo con rubinetto e che si può riempire di acqua. Analogamente si può

adoperare un tampone Gariel da insufflare con aria o da riempire con acqua. Questo tamponamento vaginale è un mezzo di azione limitata, e lo stesso Braun preferì ad esso in seguito il cateterismo; e difatti la sua azione è piuttosto lenta. A mio avviso non deve bandirsi affatto dalla pratica, poichè è di applicazione facile e di nessun danno, se condotta a dovere. Esso serve egregiamente e nella Maternità di Cremona ha dato ottimi risultati, ma come metodo preparatorio e´ limitato ad una incipiente dilatazione del collo uterino, e che può poi rendere possibile l'applicazione di altri mezzi più spediti. Però bisogna tener presente che possono conseguire ad esso due ordini di inconvenienti, i quali devono aversi in considerazione anche nella sua applicazione più frequente che se ne fa nei casi di emorragia, specialmente per placenta previa. Se il tampone elastico viene eccessivamente disteso, può avvenire la rottura del segmento inferiore dell'utero ed io ne ho visti due casi; oppure se il tampone viene riempito con aria ed esista in esso una qualche screpolatura, che perchè piccolissima può passare inavvertita, può accadere che insufflando l'aria passi in qualche capillare venoso beante, e da esso si porti in circolo, producendo in brevissimi momenti la morte della donna; del che io vidi nella mia pratica privata uno sgraziatissimo caso. Onde se tale mezzo si adopera è preferibile riempire moderatamente il tampone elastico con acqua, anzichè con aria; che se questa si adopera, è prudente provocare prima il gonfiamento del tampone sott'acqua, per assicurarsi che non permetta l'uscita ad alcuna bollicina d'aria, la quale in caso affermativo si vede salire alla superficie dell'acqua in cui il tampone è immerso.

Un altro mezzo più largamente adoperato è quello della doccia tiepida vaginale proposto da Kiwisch che lo descrisse nel 1846, ed è il metodo preparatorio, e spesso anche definitivo, con costanza adoperato nell'Istituto Ostetrico Cremonese, come quello che è facile, dolce e ben tollerato dalla donna. Egli è vero che anch'esso è di azione spesso molto lenta, onde io lo tengo, come il tampone elastico, non più che per un mezzo di preparazione, ma me ne giovo sempre quando vi è tempo sufficiente di aspettazione. La modificazione di questo metodo proposta recentemente da Runge di usare cioè l'acqua caldissima (50-53 C.°) e praticata da Wachter, Weiss, Keller e Benicke, mi sembra poco accettabile, perchè non del tutto innocua e dolorosa; essa poi non è niente affatto nuova poichè già Silbert (1855) segnava come grado di temperatura

adoperabile dell'acqua il 40° R. cioè 50° C. A me invece nella pratica fattane, parve essere di più pronto effetto la doccia vaginale Kiwisch, quando se ne alterni una calda (37° C. circa) con una d'acqua a temperatura dell'ambiente; e credo sia prudente farla cogli enteroclismi moderatamente elevati, piuttosto che colle clisopompe.

Anche per queste doccie però si hanno inconvenienti serii, ma solamente quando il getto non sia bene regolato e spinto troppo vivamente entro il collo; peggio poi se, come consiglia Blot, si introduca direttamente la cannuccia nel canal cervicale. Vidi io stesso un caso disgraziato di questo genere nel 1876 nella Clinica Ostetrica di Bologna, e noti sono quelli dell'Esterle, Depaul, Salmon, Blot, Litzmann, Tarnier, nonchè del Fabbri e del Belluzzi. Il nostro Chiara in una nota alla traduzione italiana del « Trattato d'Ostetricia » di Cazeaux e Tarnier (Leonardo Vallardi, 1883, p. 974) suggerisce molto opportunamente di praticare le doccie Kiwisch applicando prima lo speculum di Fergusson e se la bocca uterina è beante, per impedire che la colonna liquida vi penetri, consiglia di farla battere contro la parete dello speculum. Vuolsi però che codesta applicazione sia fatta con delicatezza, poichè altrimenti, forse per il rammollimento che si induce nella parte alta della vagina ed inferiore dell'utero, potrebbero avvenire lacerazioni, come vidi toccare ad una donna per imperizia di una levatrice.

Pochissima fortuna ebbero le doccie di gaz acido carbonico proposte dallo Scanzoni, nel 1856, per eccitare le doglie, a ciò indotto dalle osservazioni di Brown-Sequard, le quali proverebbero che questo gaz provoca la contrazione delle fibre muscolari liscie. Hohl, Gustavo e Carlo Braun lo tentarono con nessun profitto e Simpson, sebbene ne abbia avuto un buon effetto in un caso, pure ne attribuisce il successo alla distensione meccanica prodotta dal gaz, non alla sua virtù chimica. Dopo ciò non so capire come il professore Sillani (« Nuovo Trattato di Ostetricia. » Milano, Brigola, 1871, vol. II, p. 184), attribuisca a Simpson la proposta di questo metodo di provocazione di parto, e come il Minati innalzi perciò lodi *al genio inventivo dell'illustre Britanno.*

Altro metodo di eccitazione diretta della bocca esterna uterina, è quello proposto dal Giordano fino dal 1857 ed in seguito pure raccomandato dal Mayer, cioè la cauterizzazione del collo uterino mediante il nitrato d'argento, metodo però poco accetto e meno adoperato.

Per la dilatazione diretta del collo dell'utero, il mezzo più antico è

la spugna conica preparata in modo che introdotta nel collo e lasciatavi permanere, acquista un volume considerevole, sicchè sfianca le pareti del canal cervicale ed eccita le contrazioni uterine. Questo è il metodo di Kluge, di cui non è che una modificazione quello proposto da Van Leynseele e Pigeolet, i quali sostituiscono alla spugna preparata i cannuoli graduati di laminaria digitata, cui più recentemente venne sostituito il tupelo.

Il metodo di Kluge tanto accetto al De Billi, fu avversato grandemente dal Vaust e diede al Krause i seguenti risultati; su 108 casi, 79 bambini si ebbero vivi e 29 morti, delle madri 9 soccombettero. Hoffmann di 70 casi trattati con questo metodo vide riescire efficace la spugna soltanto 56 volte, ed in queste, 42 bambini nacquero vivi e 14 morti; non parla dell'esito dell'operazione riguardo alle madri.

Il metodo della spugna preparata oltre al presentare qualche volta delle difficoltà di applicazione quando il collo è flacido, presenta un inconveniente gravissimo, che per mio conto oggi deve bastare da sè solo per farlo abbandonare dagli ostetrici; ed è la grande difficoltà che si ha di poter sterilizzare la spugna, che fa presa così tenace alla mucosa del collo tanto da produrvi delle abrasioni quando se ne distacca. Tali inconvenienti si toglierebbero coll'uso della laminaria digitata, quando fosse disinfettata conservandola nell'etere iodoformato, come recentemente l'adoperò Thoumsin, che iniziò con essa la provocazione di un parto precoce per bacino obliquo ovale, la quale completò poi coll'introduzione di una candeletta.

Barnes adopera dei sacchetti di gomma, a forma di biscottino, graduati in 3 numeri, che introdotti nel collo a mezzo di una sonda e di una pinza, vengono dilatati ad aria o ad acqua. Servono bene a far progredire la dilatazione e ad eccitare le doglie, ma non possono applicarsi che quando l'apertura del collo è già avviata; egli è perciò che lo stesso Barnes ha ultimamente modificato il suo processo nel senso che inizia la dilatazione applicando una candeletta; poscia appena che gli è possibile, introduce il sacchetto N. 1, poi rompe le membrane, completa la dilatazione dell'orificio coi sacchetti N. 2 e 3 e fa la versione.

Analoghi a quello del Barnes sono i metodi di Chassagny e di Champetier de Ribes. Il primo ha proposto un apparecchio che si compone di due palloni legati fra loro come i grani di un rosario e comunicanti all'esterno ciascuno per un tubo speciale, pel quale possono essere

iniettati isolatamente. L'uno di questi palloni è a pareti spesse, rappresenta una bolla sferica di 10 centim. di diametro, ed è attraversato dal tubo, che serve ad iniettare il secondo pallone, il quale invece ha pareti molto sottili e può perciò essere grandemente disteso. Il pallone superiore è quello che compie la dilatazione, l'inferiore gli fa da sostegno.

Più recente ancora è lo strumento proposto da Champetier de Ribes (1888), che consiste in un pallone di seta sottile, radoppiato da un foglio di caoutchouc. La seta gli conserva una forma costante, il cautchouc l'impermeabilità; il liquido di cui viene gonfiato, l'incompressibilità. Vuoto, il pallone è di piccolo volume; pieno, ha un diametro di 7 centimetri ed è alto 10 centimetri. È facile da introdursi con una pinza nel collo e non può essere espulso che quando la dilatazione dell'orificio ha raggiunto i 7 centimetri, sicchè resta permesso il passaggio alla mano ed agli istrumenti. Esce sempre senza aver bisogno di essere sgonfiato, dilata le parti molle della pelvi e prepara facile il passaggio del feto; agisce come la borsa delle acque. La pratica di codesto istrumento non è ancora tanto diffusa da potersi pronunciare un sicuro giudizio sul suo valore; teoricamente sembra abbia a rendere dei servigi, forse meglio sotto l'aspetto di evitare importanti lacerazioni del perineo di cui farebbe una distensione graduale. Per quanto mi consta, solo il Lefebre, ha pubblicato cinque osservazioni riguardanti questo nuovo eccitatore e tutte sono favorevoli; conviene però riflettere che lo stesso Champetier non tace la possibilità di rompere le membrane applicando il suo istrumento, ed il triste effetto che non raramente produrrebbe, di spostare la parte presentata del feto, inducendo la procidenza di qualche arto o del cordone.

Devilliers e Mattei si servono di una sonda a doppia corrente di cui l'estremità è coperta di un sacchetto che viene rigonfiato coll'acqua.

Notissimo è l'apparecchio di Tarnier consistente in un tubo di cautchouc, grosso come una penna d'oca, che con un supporto si conduce e si lascia al di sopra dell'orificio interno, e che gonfiato alla sua estremità uterina, costituisce una vescica grossa come una noce, la quale viene poi espulsa dalle contrazioni uterine che vengono così provocate e che inducono la dilatazione dell'orificio. Questo apparecchio ha goduto molto favore ed è ancora tuttodì adoperato. Pajot lo ha modificato introducendo, nel tubo di cautchouc terminante ad ampolla, un tubo metallico che finisce in basso ad imbuto, e che mentre serve di sostegno

al primo per applicarlo, lascia passare il liquido che deve gonfiare l'ampolla. Parmi che entrambi questi due dilatatori di Tarnier e Pajot, più che produrre una grande dilatazione del collo, funzionino come eccitanti introdotti fra l'utero e l'uovo, onde piglierebbero meglio il loro posto fra i mezzi che verrò ora indicando a tale scopo diretti. Però lo stesso Pajot nella sua bella Lezione pronunciata il 10 febbraio 1885 sulla inutilità degli istrumenti speciali per la provocazione del parto, si dichiara favorevole all'uso della candeletta.

Quanto alla dilatazione rapida del collo, per la quale usarono già speciali istrumenti metallici Osiander, Busch, Mende, ed anche il nostro Rizzoli, come dai più non è preferita neanche nella pratica ginecologica, così non è in favore presso gli ostetrici. È vero che recentemente Reid, Duke e Anderson se ne sono dimostrati fautori, ma io credo che nei casi di urgenza, in cui il collo totalmente chiuso non iniziasse la sua dilatazione, coll' uso delle doccie Kiwisch o del tampone elastico vaginale, piuttosto che i dilatatori rapidi, sarebbe meglio usare quelli graduali di Hegar o di Fritsch, che tanto bene rispondono in ginecologia.

Abbiamo ora da considerare i metodi nei quali gli eccitamenti sono portati fra l'utero e l'uovo, e che possono distinguersi in quelli ad applicazione rapida, ed in quelli ad applicazione prolungata. Appartengono al primo modo il metodo di Hamilton, che fu usato molto anche da Copeman, e che consiste nell'introdurre il dito al di sopra dell'orificio interno e con esso scollare per largo tratto le membrane della parete interna dell'utero. Altri ostetrici proposero svariati istrumenti per operare con essi il distacco delle membrane; così Ricke adoperava una sottile sonda di corno, Merrem, Mempe, Campbell, Billeter e Lehmann altre foggie di candelette elastiche o di cera, le quali una volta adoperate all'ufficio cui sono dirette, vengono tosto tirate fuori. Schweighaüser, di Strasburgo, raccomandò nel 1825 le irrigazioni d'acqua tiepida tra utero ed uovo, ma primo ad eseguirle fu Cohen, di Amburgo, nel 1846, introducendo nella cavità uterina una lunga cannula ed instillandovi dell'acqua di catrame. Questo metodo però presenta il non lieve pericolo di indurre uno scollamento della placenta e l'ingresso dell'aria nelle vene; Potonier, Viguier, Küchenmeister ne furono fautori, ma invece Faux, Scanzoni, Cazeaux, Braun, lo disapprovarono. L'eccitante portato fra utero ed uovo con azione prolungata, è la candeletta di Krause, che può essere di gomma elastica, di cera o di corda da violino, come pro-

pose Braun. La comune siringa elastica essendo cava e quindi di meno rigorosa pulitura, è da proscriversi; ed alle candelette di corda di budello sono ancora preferibili quelle americane di gomma elastica senza foro in alto e chiuse in basso da un bottone d'osso; di esse poi un utile modificazione è quella recentemente proposta dal mio amico dottor Bompiani di Roma. La sua candeletta, che egli abbandona tutta nel cavo uterino, è, scrive egli, come le comuni americane lunghe 30 cent. del calibro di 7-9-11 mm. distinte in tre numeri per essere facilmente introdotte a seconda della resistenza dei vari orifici interni.

La diversità tra questa candeletta e la comune americana sta in ciò che l'estremo col bottone d'osso è sostituito da una oliva in cui termina il tessuto stesso della candeletta. In tal guisa costruito lo strumento è levigato e non tagliente, come sono i margini del bottone osseo; l'estremo olivare non si stacca e non si perde come accadeva del bottone; restando chiusa la candeletta si ha uno strumento che si può conservare asettico, e non un tubo cavo di cui si ignora la nettezza allo interno, come è della candeletta privata di bottone. Parmi però che una ben costrutta candeletta di cera essendo massiccia e resa asettica con ogni cura, possa servire egualmente, che la candeletta del Bompiani, ed io difatti da qualche tempo, la preferisco alla comune americana, di cui il bottone si stacca con troppa facilità e che, quando la candeletta è ripiegata in vagina, col suo bordo tagliente dà fastidio alla donna. Eppoi parmi che il ripiegare l'estremo inferiore della candeletta, come vuole il Bompiani, al di sopra dell'orificio interno non debba essere cosa facilissima; e non è invece difficile, che all'aprirsi del collo la candeletta sgusci in vagina e venga espulsa prima che sia stata trattenuta a sufficienza per provocare l'effetto che si desidera. E siccome accade di frequente che anche la comune candeletta americana, ripiegata in vagina fuoresca prima del tempo che si vuole, io faccio costrurre la candeletta di cera più lunga del solito e la lascio fuori dalla vulva per 5 centimetri circa, introducendola attraverso ad un foro praticato in una piastrella metallica, che porta una piccola morsetta, fra le cui branche si fissa l'estremità inferiore della candeletta. Posto un po' di cotone tra la vulva e la piastrina si assicura questa con nastri al bacino della donna. Questo apparecchio semplicissimo, mentre non dà alcuna molestia, riesce a mantenere perfettamente in posto la candeletta per tutto il tempo che si vuole, e, dall'esperienza che ne ho fatta, ha per questo suo merito il vantaggio

di far ottenere con maggiore sicurezza e più prontamente lo scopo. Al quale proposito però, cioè del tempo necessario alla candeletta per avviare decisamente il travaglio, conviene osservare che egli è variabilissimo nei diversi casi, poichè in alcune donne l'utero è affatto intollerante di eccitazione sicchè tosto si dispone al parto, in altre invece occorre ripetere la applicazione della candeletta per raggiungere lo scopo. E Pajot ha felicemente accennato a questo fatto con quella sua briosa proposizione: « Il en est de la tolérance, je dirais, si je l'osais, du ca-« ractère de l'uterus, comme de celui de la femme qui le porte. »

Il professore Tibone in una sua memoria sul tecnicismo del metodo di Krause (1885), ha dimostrato, come il fatto di adoperare una candeletta perfettamente asettica non è favorevole per ottenere con celerità la provocazione del parto; poichè egli è appunto quando la candeletta conduce qualche germe infettivo, che la contrazione uterina insorge con prontezza e con intensità; onde egli giunge a porre codesta proposizione, che il cateterismo uterino, quando è perfettamente asettico, è metodo innocuo, ma di lenta azione e spesso insufficiente, sicchè non è conveniente quando la indicazione è incalzante ed il tempo stringe. Il dottor Donzellini nel 1886, poggiandosi sopra un troppo esiguo numero di casi clinici, contraddisse la opinione del prof. Tibone, che già trovavasi in opposizione a quanto ritiene il Pinzani, che cioè la infezione non eserciti una azione ecbolica sull'utero, ma bensì una paralizzante. Il Truzzi invece ricordando, molto opportunamente in codesta questione, ciò che scrive il Fritsch dell'utero puerperale sottoposto alla infezione, concilia i due pareri ritenendo, che nell'esordire della forma infettiva l'utero si contrae vivacemente e col progredire dell'infiltrazione settica l'utero perde il suo tono, si fa molliccio, pastoso; poichè egli osserva, questo che avviene nell'utero in puerperio, nulla ripugna di ammettere possa avvenire nell'utero gestante.

Ma, anche ammessa questa efficacia della antisepsi se non a togliere a diminuire la potenza eccitante uterina della candeletta, chi non è esclusivista, e niun deve esserlo che voglia in un atto operativo curarsi unicamente con coscienza dell'utile dell'operanda, non rimpiangerà questo scemare dell'azione eccitante della candeletta, pel fatto dell'essere stata resa asettica; poichè dato anche che il metodo di Krause si limitasse per questa ragione a provocare una moderata dilatazione del collo, essa sarebbe pur sempre sufficiente a lasciar adito ad altro mezzo più pronto,

per esempio l'applicazione dei sacchetti di Barnes o la puntura della membrana, metodo che sarà l'ultimo di cui parleremo, mentre è il più antico che si conosca ed il più energico e pronto che si possegga.

La puntura delle membrane è il metodo adoperato dai primi provocatori del parto precoce Macaulay, Kelly e Scheel, e fu per molto tempo l'unico seguìto. Un vero arsenale di istrumenti servì a praticarlo, dalle penne d'oca appuntite, dai fusi, punteruoli, aghi da calze, alle siringhe, alle sonde a dardo, all'ago di Wenzel, alla sonda Kiwisch, all'istrumento di Kluge e Ritgen, che aspirano in una cannuccia un cono delle membrane, il quale vien poi punto da uno stiletto, istrumento che fu poi riproposto dal professore Giordano (*Giornale Accad. Medico Chirur.*, Torino 1865, Vol. 51, pag. 147). Questi mezzi servono tutti alla puntura diretta delle membrane, ma Meissner di Lipsia pensando che sia importante ottenere lo scolo lento delle acque perchè il feto ne soffra meno e le parti materne si preparino meglio, propose una lunga cannula curva con stiletto, onde praticare la perforazione delle membrane nella parte alta e laterale dell'uovo. Questo è il metodo di puntura indiretta o laterale, ed era già stato proposto dall'Hopkins sino dal 1814, sicchè esso vien denominato ordinariamente col nome di metodo Hopkins-Meissner, mentre quello di puntura diretta vien detto di Scheel.

La puntura delle membrane fu il metodo prediletto del Lovati, anzi da lui quasi esclusivamente adoperato; ed il favore che godeva non fu scosso presso il Congresso degli Scienziati Italiani, tenutosi in Lucca nel 1843, dall'esame dei casi del De Billi, del Kluge e del Velpeau riguardanti la applicazione della spugna preparata; anzi il Congresso ne sanzionò la utilità, dichiarando di preferire la modificazione di Meissner. Si addebita al metodo di perforazione delle membrane l'inconveniente di privare la donna del soccorso che dà il sacco amniotico nella graduale distensione delle parti molli intrapelviche, e, se tardano le contrazioni uterine, di creare condizioni poco favorevoli al feto, per le quali talvolta egli deve soccombere. Specialmente nelle primipare è metodo da usarsi con una certa cautela, ma semplice com'è e di buon effetto, è ottimo processo, il quale però a mio avviso trova meglio la sua indicazione o quando urga la provocazione del parto o come mezzo complementare alla candeletta di Krause od ai dilatatori dell'orificio.

Concludendo, il metodo migliore per promuovere il parto precoce e

che può portare minimi danni alla madre ed al feto è a mio avviso il seguente:

1.° Disinfezione rigorosa del collo uterino, della vagina, dei pudendi esterni, delle mani dell'operatore, degli istrumenti che egli adopera.

2.° A collo chiuso promuovere la dilatazione colle doccie Kiwisch, se vuolsi, alternandole coll'applicazione del tampone elastico vaginale.

3.° A dilatazione del collo appena sufficiente, applicare una candeletta di Krause (meglio una di cera, o di quelle del Bompiani).

4.° Se la dilatazione non progredisce applicare i sacchetti graduali di Barnes o praticare la puntura delle membrane.

Per ultimo ci rimane a trattare di quelle cure che valgono a togliere il feto dai pericoli immediati all'atto del parto e dalle conseguenze della sua immaturità. Di questi ho già abbastanza diffusamente parlato, quando ci venne occasione di discorrere dell'incubatrice ed ho allora espresso il mio giudizio sull'importanza che si deve dare a questo mezzo, il quale ha da servire di complemento al parto precoce provocato; mi limiterò perciò a dire solamente qualche parola sul modo di provvedere, il meglio che si può, a quello stato di asfissia in cui il feto può presentarsi appena partorito.

Diretti a questo scopo abbiamo i diversi sistemi di respirazione artificiale, poggiati su modi diversi di imprimere al feto movimenti tali, che valgano a suscitare in esso i moti respiratori. Sono noti quelli del nostro Pacini di Firenze, quello di Mashall Hall e quello di Schultze; tutti apprezzabilissimi e che rendono buoni servigi nella pratica. Ed alcuni anni or sono Reynolds (1886) di Boston, citata la pratica di molti medici degli Stati Uniti, di tener sospeso il bambino pei talloni, affinchè l'afflusso del sangue al cervello, determini uno sforzo respiratorio spontaneo, consigliò il metodo seguente. Bisogna mettere il bambino sull'avambraccio sinistro, il dorso e la testa rivolti in basso e prenderlo per le spalle. Quando l'operatore abbassa la sua mano, le braccia del bambino pure si abbassano ed i muscoli pettorali traendo sul torace, lo dilatano. Se allora si comprime il torace raddrizzando il feto prestamente, si effettua l'espirazione. Con tale metodo si ha anche il vantaggio di favorire l'uscita delle mucosità contenute nelle vie aree.

Altri ostetrici hannno proposta ed usata la elettricità (Stoltz, Desormeaux, Boer) adoperando la corrente galvanica e perfino (Leroy) l'elettropuntura. Lauth adopera invece la corrente indotta per eccitare il plesso brachiale da un lato ed il nervo diaframmatico dall'altra.

L'insufflazione, incominciata col sistema da bocca a bocca, combattuta da molti (Dumeril, Magendie, Piorry), poi strenuamente difesa da Depaul, ha da tempo preso campo nella pratica. Per essa l'armamentario è ricco delle cannule di Chaussier, di Depaul, dell'aeroforo di Gairal, del tubo laringeo di Ribemont, degli insufflatori di Marechal e di Pros de la Rochelle, dello spiroforo di Woillez. In parecchi di questi istrumenti l'insufflazione si fa colla bocca, ma ai più sembra metodo da abbandonarsi, poichè così facendo si introduce nelle vie respiratorie del bambino dell'aria impura, e vogliono invece si faccia con dei soffietti o delle pere di gomma.

Ma nessuno di questi sistemi, che da tempo vado confrontando fra loro, tanto nella Maternità di Cremona che nella mia pratica privata, vale quello che ho incominciato ad usare, incompletamente fino dal 1888 e che dal principio del 1890 ho definitivamente adottato, la insufflazione dell'ossigeno. Ecco come io tratto la asfissia dei neonati.

Disteso il bambino supino sopra un piano orizzontale colle spalle alquanto rialzate e la testa leggiermente piegata allo indietro, applico la cannula laringea di Depaul o di Ribemont, od anche una semplice siringa di gomma del N. 6 o 7 tagliata nell'estremo inferiore a becco di flauto, ben limata e munita all'estremo superiore di un breve tubo di gomma. Stringo nel pugno una pera di gomma di media grandezza e ne introduco il becco nel tubo attaccato alla cannula; rallentando allora gradatamente la pressione, che la mia mano fa sulla pera, la lascio tornare al suo primo volume, ottenendo così di aspirare le mucosità dalla trachea nella cannula. Ritiro la cannula, la vuoto dalle mucosità aspirate, e la riapplico anche per parecchie volte, finchè parmi che il tubo tracheo-laringeo possa essere bene sbarazzato. Allora all'estremità esterna della cannula laringea, invece del becco della pera di gomma, applico il tubetto di un insufflatore a due palle del comune apparecchio polverizzatore di Richardson, il quale coll'altra estremità è in comunicazione con un sacco d'ossigeno. Indi mentre un assistente, con moto lento ed eguale, innalza ed abbassa le braccia del feto, portandole prima sul capo di esso, poi contro il torace, per iniziare l'inspirazione e la espirazione, io comprimo la palla dell'insufflatore contemporaneamente al movimento di innalzamento delle braccia e la abbandono, quando le braccia vengono portate contro il torace. Questo metodo è semplicissimo, ed anche facilmente accessibile, poichè oggidì in cui le inalazioni

di ossigeno sono adoperate per tante forme morbose, si trova in ogni città sempre pronto un deposito di questo utilissimo gaz, preparato negli Ospitali o nelle Farmacie.

Quando poi all'ostetrico mancasse assolutamente il modo di procurarsi prestamente l'ossigeno, egli potrebbe, tenendosi alla mano un insufflatore Richardson, aspirare con esso l'aria atmosferica dell'ambiente; la quale se non avrà la stessa potente azione dell'ossigeno, sarà almeno certamente preferibile alla insufflazione dell'aria respirata dalla bocca dell'operatore.

Per dire poi se questo metodo che raccomando è utile davvero e superiore a tutti gli altri, basta dare un'occhiata al seguente specchietto, e tosto se ne rimane persuasi:

MATERNITÀ DI CREMONA — **Ossigeno nell'asfissia fetale.**

Anni	Nati asfittici	Rianimati				Totale	Morti				Totale	Osservazioni
		Mese di gestazione					Mese di gestazione					
		9.°	8.°	7.°	6.°		9.°	8.°	7.°	6.°		
1888	18	5	7	4	—	16	—	1	1	—	2	Coll'ossigeno
1889	29	9	13	4	1	27	1	—	—	1	2	Idem
1.° quad. 1890	29	13	8	5	—	26	—	—	2	1	3	Idem
Totale . .	76	27	28	13	1	69	1	1	3	2	7	Idem
1888	17	8	2	1	—	11	3	2	1	—	6	Senza ossig.
1889	12	4	3	1	—	8	2	2	—	—	4	Idem
1.° quad. 1890	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Idem
Totale . .	29	12	5	2	—	19	5	4	1	—	10	Idem

Dal 1.° gennaio 1888 al 30 aprile 1890, in 495 parti avvenuti nella Maternità di Cremona sono nati 511 bambini. Di questi, 406 hanno respirato subito e bene, oppure sono nati morti, gli altri 105 sono nati in istato di asfissia. Di essi 45 avevano 9 mesi; 38, otto mesi, 19, sette

mesi e 3, sei mesi; 76 furono trattati coll'ossigeno, gli altri 29 col solito metodo di respirazione artificiale Pacini e coll'insufflazione d'aria nella cannula laringea, previa aspirazione delle mucosità dalla trachea. Ora dei 76 ossigenati, se ne rianimarono definitivamente 69, cioè nientemeno che il 90. 79 0[0, e soltanto in 7 (9. 21 0[0) si provocò incompletamente l'atto respiratorio o non vi si riuscì affatto. Invece, dei 29 trattati col metodo ordinario, non se ne rianimò che il 65. 52 0[0, ed il 34. 48 0[0 andarono perduti.

Anche dal lato della immaturità il nostro quadro ci mostra confortantissimi risultati, poichè coll'ossigeno all'8.° mese, ed anche al settimo abbiamo buon numero di rianimati, anzi uno appartiene al 6.° e salvo ebbi pure quel bambino semestre, nella mia pratica privata, di cui parlai a proposito della incubatrice, e che forse, se altrimenti trattato, non sarebbe sopravissuto, sicchè non avrei avuto il buon successo di quel parto precoce provocato, che risparmiò a quella signora un atto operativo a termine di gravidanza e le diede la tanto desiderata prole.

Fra quelli invece rianimati senza ossigeno, non figurano i semestri, pochissimi sono i settimestri, pochi anche gli ottimestri.

Io desidererei che codesto mio metodo di trattamento dell'asfissia dei neonati venisse messo in uso dagli ostetrici, poichè ho piena fiducia che se ne troveranno soddisfattissimi; esso poi è un prezioso complemento all'atto operativo del parto precoce provocato, poichè potrà dar salvi molti feti che altrimenti anderebbero perduti.

Ma ora è ben tempo che io raccolga le vele, e che ponga le conclusioni di questo mio studio sul valore del parto precoce artificiale nel trattamento delle pelviche stenosi; del quale mi chiamerò soddisfatto, se potrò contribuire con esso a ricondurre in pregio presso gli ostetrici questo efficace presidio dell'arte nostra.

Ecco le conclusioni:

1.° È da augurarsi che la donna di cui la vita, insieme a quella del feto, potrebbe essere, al momento del parto, messa in pericolo da difficoltà inerenti ad una deformità della pelvi, prenda di buon'ora consiglio da un ostetrico.

2.° Questi deve mettere ogni cura per fare, colla massima esattezza, la diagnosi della qualità e del grado del vizio del bacino e dell'epoca della gravidanza, della presentazione, del volume e delle condizioni del feto.

3.° Se si avesse qualche incertezza sull'epoca di gravidanza o sul grado di ristrettezza del bacino, è bene servirsi dell'impegno artificiale del capo come è consigliato dal Müller.

4.° Nel promuovere il parto precoce conviene preferire i metodi della doccia di Kiwisch, del tampone elastico, della candeletta di gomma completamente chiusa, dei sacchetti di Barnes secondo il bisogno, e, solo in caso di necessità servirsi anche della puntura del sacco, adoperando in tutti la più rigorosa antisepsi.

5.° Devonsi usare tutti i mezzi acquisiti dalla scienza per togliere il neonato dai pericoli immediati del parto e da quelli successivi della debolezza congenita; valersi cioè, se il feto è asfittico, della inalazione d'ossigeno, siccome l'abbiamo descritta e dell'allevamento colla incubatrice aiutata dal gavage o dalla alimentazione col cucchiaino.

6.° Soddisfacendo a tali requisiti si può allargare la indicazione del parto precoce artificiale.

7.° Nelle stenosi pelviche con C. V.

a) Da 55 a 60 mm., il parto precoce provocato al sesto mese se si rinuncia alla vita del feto e specialmente se si associa alla craniotomia, potrebbe risparmiare più gravi operazioni embriotomiche, ma a feto vivo varrebbe quanto preferire l'aborto provocato all'operazione cesarea modificata, il che oggi non deve farsi;

b) da 60 a 65 mm., combinato colla versione podalica il parto precoce si può provocare alla 29.ª o 31.ª settimana di gestazione, a meno che per maggior garanzia del feto, non si preferisca ancora il taglio cesareo modificato a termine di gestazione;

c) da 65 a 75 mm., può bastare da solo, provocato dalla 32.ª alla 34.ª settimana;

d) da 75 a 90 mm., dalla 34.ª alla 36.ª settimana;

e) da 90 a 95 mm., alla 37.ª o 38.ª settimana nelle pluripare ed anche alla 38.ª o 39.ª nelle primipare.

BIBLIOGRAFIA.

AGOSTINI ANTONIO. « Osservazioni critiche sul modo di provocare il parto prematuro mediante le iniezioni intrauterine. » *Memoriale della medicina contemporanea*, 1847, XVIII. — IDEM. « Del parto prematuro e dell' aborto per arte provocato. » *Ann. Un. Med.*, 1860, vol. 173, p. 233. — AHLFELD. « Berichte und Arbeiten. » Bd. I-111. - « Bestimmungen der Grösse und des Alters der Frucht vor Geburt. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. II, 1871 et Bd. XVIII, p. 307-318. — ID. " 118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt. ,, *Centr. Bl. f. Gynäk.*, 26 juli 1890. — *Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, 1863, vol. 183, p. 459; 1868, vol. 203, p. 12; 1858, vol. 163, p. 559; 1861, vol. 175, p. 415 e 421. — ARATA PIETRO. « Del parto precoce artificiale e dell' aborto provocato per far seguito al saggio storico-critico della distocia per angustia della pelvi. » *Gazz. Osped. di Genova*, 1859, II, p. 57. — ASSALINI. « Nuovi strumenti di chirurgia. » Milano 1811, II, p. 28. — Atti del Congresso di Padova, 1842; di Lucca, 1843; di Milano, 1845. — AUBÉ L. " De l'accouchement prématuré artificiel. ,, Paris 1859. — AUVARD A. « De la couveuse pour enfants. » *Archives de Tocologie*, 1882-1889. — ID. *Arch. de Tocol.*, XV, 1885, p. 730. — ID. « Nouveau model de couveuse pour enfants. ,, *Arch. de tocol.*, 1890, IX, p. 109. — AWARD. « Accouchement artificiel prématuré avec la sonde. Bassin iusto minor. » Soc. Obst. et Gyn. de Paris, Séance 9 juillet 1885.

BARBACCI VIRGINIO. « Sopra due casi di distocia curati mediante il parto prematuro artificiale. » *Raccoglitore medico*, Forlì 1873, vol. 24, p. 242. — BAJON. « De l'accouchement prématuré à l'aide de la sonde bougie. » Thèse, 1885. — BALLOCCHI V. « Manuale completo di ostetricia. » Firenze, Steininger, 1847, p. 442. — BARNES ROBERT. « Ont the new method of inducing premature Labor at a pre-determined nour. » *Edimbourg med. journal*, 1862, f. VIII, p. 1. - « On the indication and operation for the induction of premature Labour and for the acceleration of Labour. » *Obstetrical Transactions*, London 1862, vol. III, p. 167. — ID. *Brit. Med. Jonrnal*, 1882, p. 840. — BAUDELOCQUE. « L'art des accouchements. » Paris 1807, II, p. 285. — BAUDRY. " Études critiques de la méthode des douches vaginales pour la provoc. de l'accouch. prém. ,, Paris 1890. — BAYER. « Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch den constanten Ström. » *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäck.*, Bd. XI, 1885. « Atti della 58.ª riunione dei naturalisti e medici tedeschi. » Strasbourg 1885, Sez. Ginecol. *Centr. f. Gyn.*, 1885, N. 2. — BELLI ZACCARIA. « Trattato di medicina e chirurgia progressiva. » Pistoia 1836, vol. II, p. 38. — BELLUZZI C. *Bullett. Scienze Mediche*. Bologna 1874, vol. 18, pag. 428, 440. — ID. « Intorno al parto prematuro artificiale. » Memoria. *Bull. Scienze Med.* Bologna 1875, vol. XIX, p. 154. — ID. « Una centuria di parti prematuri artificiali. » Rendiconto dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna. Sezione dell' 8 aprile 1883. — BENICKE. « Parto precoce provocato colle iniezioni d' acqua calda. » *Berlin Klin. Woch.*, 1879, N. 52. — BERGESIO. « Parto precoce provocato colla pilocarpina. » Atti del Congresso Medico di Pisa, 1878. — ID. « Ancora una parola sull' azione ecbolica della pilocarpina. » *Ann. d'Ost., Gin. e Ped.*, 1879, p. 99. — BERTHOD P. « La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris. » Doin 1887. — BERTHOLD. « Zur Statistik der künstlichen Frühgeburt. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. VI, 1874, p. 336. — BIAGINI CARLO. « Sul parto prematuro provocato nelle malattie delle gravide. » *Il Tempo*, 1858, II, p. 317. — BISIG. « Quelques observations sur l'accouchement prématuré artificiel. » *Revue de la Suisse romande*, vol. III, 1883, p. 97. — BLACKER E. « Parto prematuro artificiale. » *Brit. Med. Journ.*, 1882, p. 997. — BOMPIANI A. « Contributo alla tecnica della provocazione del parto prematuro. » *Bollettino della Società Lancisiana*, marzo 1888. — BOUCHACOURT. « Note sur l'accouchement prématuré obtenu au moyen des douches utérines. » *Gazette Med.*, 1855. — BOURGEOIS (Turcoing). « Des douches utérines dans la pratique des accouchements. » *Gazette des Hôpit.*, 1855. — BRAUN C.

« Erfahrungen über eine uene Eröffnungs-Methode des Frucht haltermundes, etc. » *Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien,* 1851. — ID. « Lehrbuch der gesammte Gynaek. » Wien 1882. — BREISKY. *Prager Zeitschr. f. Heilk.,* 1882, III, p. 295. - *Centralbl. f. Gyn.,* 1883, p. 23. — BRESCIANI DE BORSA. « Saggi di chirurgia teorica pratica. » Verona 1843, p. 52. — BRUNNINGHAUSEN. « Etwas üter Erleiterung schwerer Geburten. » Wurzburg 1804. — BRUEHL. « Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch den constanten Ström. » *Arch. f. Gyn.,* Bd. XXX, 1887, p. 57. — BUDIN et RIBEMONT. « Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus. » Paris 1880. Société de Biologie. — *Bullettino Scienze Mediche* di Bologna, 1862, vol. XVII, p. 30; 1863, vol. XIX, p. 429; 1865, vol. XXIV, p. 347; 1867, vol. IV, p. 377; 1873, vol. XVI, p. 359; 1873, vol. XVII, p. 134-143. — BRUMM. « Corrente costante per provocare il parto. » *Arch. f. Gyn.,* vol. XXIV, p. 38. — BURCKHARDT. « Essai sur l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de retrécissement de bassin. » Thèse. Strasbourg 1830.

CALDERINI G. « Le dimensioni del feto negli ultimi 3 mesi di gravidanza. » — ID. « L'accouchement prématuré artificiel: ses indications et ses méthodes. » Internationaler Medicinischer Congress zu Berlin, 1890. — ID. " Del parto prematuro artificialm. provocato in Italia. „ Indicaz. e metodi. Milano, Tip. Bernardoni, 1890. — CALLETTI GIUS. « Parto provocato. » *Bollett. Scienze Mediche,* 1867, III, 473. — CARUSO FRANCESCO. « Il taglio cesareo conservatore con sutura dell' utero. » *Ann. d' Ostetricia e Ginec.,* 1888, p. 241, 289, 337, 385, 433 ed idem 1889 p. 145 e 433. — CASPAR I. « De partu arte prematuro, auxiliisque quibus perficitur. » Götting 1831. — CAVAZZI. Opuscolo della Società Med. Chirurg. Bologna 1828, v. VI, p. 89. — CAZZANI CESARE. « Se sia giusto a risparmio di tutte le gravi operaz. ostetriche provocare l'estrazione dell'uovo a qualsivoglia epoca della gravidanza. » *Ann. Univ. di Medicina,* 1850, v. 134. — CENTOFANTI. « Memoria sul parto provocato. » Pisa 1843. — CERCIAT. « Accouchement provoqué. » *Journal des sages femmes.* Paris, 16 avril 1888. — CHAILLY. « De l'accouchement prémature artificiel et des moyens conseillés pour réduire le volume de l'enfant à terme. » *Bullet. de l'Accad. de Méd.,* 1851. — CHAMPETIER DE RIBES. « De l'accouchement provoqué, dilatation de canal génital à l'aide des ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse. » *Ann. de Gynéc. et d'Obst.* Paris, décembre 1888. — CHARLES. « Accouchement prématuré. Cases cliniques. » Liège, *Journal d'accouch.,* 15 e 30 mars 1886, 30 octobre 1887, 30 nov. e 30 déc. 1887. — CHARPENTIER A. « Traité pratique des accouchements. » II édit. Paris, Baillière et fils, 1890, vol. II, p. 828. — CHASSAGNY. « Accouchement prématuré artificiel. » *Lyon Médical,* 9 avril 1876. — CHENNEVIÈRE. « Accouchement prématuré artificiel par les tampons iodoformés. » *Revue Méd. de la Suisse romande,* 20 décembre 1888. — CHIARA F. « Considerazioni pratiche sui vizii del catino. » *Gazz. Ass. Med.,* 1864. — CHIARLEONI. Art. « Parto » nell'*Enciclop. Med. Ital.* Serie II, vol. III, Parte II, p. 182. — CHURCHILL. « Researches on operative Midwifery. » Dublin 1841. — CLAY (John). « Pilocarpina. » *Medical Repository,* 1879. — COHEN. « Eine neue Methode die künstlichen Frühgeburt zu bewirken. » *Neue Zeitschrift f. Geb.,* 1846. *Monatschr. f. Geburtsh.* Berlin 1850. — CONRADI. *Norsk-Mag. f. Lagevideusk.* Kristiania 1880, vol. X, p. 597-617. — CORRADI ALFONSO. « Dell'ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente. » Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1877, p. 1200. — COSENTINO. « Contributo alla casuistica e alla tecnica della ovaroisterectomia cesarea. » *Sicilia Medica,* fasc. VIII, 1890. — CREDÉ. *Monatschr. f. Geburtsh.* Bd. XI, 1858, p. 126. — CUGINI ALESSANDRO. « Del parto e dell'aborto artificiali, considerati come operazioni chirurgiche in rapporto all' ostetricia ed alla medicina legale. » Parma 1861. — CUZZI A. « Parto precoce provocato colla pilocarpina. » Osservazioni. *Gazz. delle cliniche,* 1878, N. 41-42. — ID. « Due nuovi fatti clinici sull'uso del cloridrato di pilocarpina per provocare il parto prematuro. » *Annali d'Ostetricia, Ginec. e Ped.,* 1879, p. 22. — ID. « Il cranioclaste del Braun e la inclinazione della base craniana nelle gravi viziature pelviche » *Collez. ital. di letture sulla med.,* Serie III, N. 10, 1885.

DANIEL. « Dissertatio de nova partus prematuri arte legitime provocandi Methodo. » Marburg 1834 e 1848. — DARRINGTON. *London Medical Gazette,* 1846. — DE BILLI FELICE. « Storia di parto precoce

provocato. » *Effem. delle Scienze Mediche,* Milano 1839, XI, 122. — ID. « Sulla I. R. Scuola di Ostetricia ed annesso Ospizio delle Partorienti in Milano, e sulle cose notabili osservatesi nella Clinica Ostetrica nel corso di un decennio. » Milano 1844. Società editrice degli *Ann. Univ.* — DECARPENTRIE. Thèse. 1876. — DELFRAYSSÉE. « Effets des préparations iodurées administrées vers les derniers temps de la gestation pour arrêter le développement du fœtus dans les cas ou l'étroitesse du bassin rendrait dangereuse ou impossible l'expulsion du fœtus du volume ordinaire. » Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1850, I sem., p. 634. — DELL'ARME PIER PAOLO. « Saggi di medicina. » Faenza 1768. — DENMAN. « Introduction to the practice of Midwifery. » London 1798. — DE PAOLI VINCENZO. « Osservazioni cliniche d'ostetricia operativa. » Genova 1871. — DEPAUL. « De l'influence de la saignée et d'un régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intrautérine; utilité de cette méthode pour certains vices de conformation du bassin. » *Arch. Gén. de Méd.,* 1849, XXI, p. 224. *Bulletin de Thérap.,* 1849, juillet et août. — ID. *Bull. de l'Accad. de Méd.* Paris 1861, vol. XXVI, p. 545. — DESRIVIÈRES. « De l'accouchement prématuré artificiel. » Thèse de concours. Paris 1857. — DEZEIMERIS. « Diction. de Médecine. » En 30 vol., art. « Accouchement prématuré artificiel. » Paris 1832. — DICK. « Dissert. inaug. » Berne 1878. — DORHN. « Ueber künstliche Frühgeburt bei engem Becken. » *Volkmann's Samml. Klin. Vorträge,* n. 94 (*Gynaek.* n. 31). *Berliner Klin. Wochenschrift,* 1887, n. 35, p. 659. — ID. " Ueber künstliche Frühgeburt. „ *Wien. med. Presse,* 1890, XXXVII, p. 482. — DOLDI. « Dissert. inaug. » München 1875. — DONDÈ. *Bullet. de l'Acad. de Méd.,* 1862. — DONZELLINI G. « Provocazione del parto col processo Krause. » *Gazz. delle Cliniche.* Torino 1886, N. 6 e 7. — DOWENS. « Premature labor induced by quinine. » Lancet-London 1880, II, p. 616. — DUBOIS (Paul). « Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire? » Thèse. Paris 1834. — ID. « Des douches utérines dans la pratique des accouchements. » *Moniteur des Hôpitaux,* 1853. — DUKE ALEX. « Dilatazione rapida del collo. » *British Med. Journal,* 20 oct. 1888.

ELLIOT. *Obstetr. Clinic.* New-Jork 1868, p. 157. — EUDES. Thèse. 1880. — ESTERLE. *Ann. Univ. di Medicina,* 1858, vol. 163°, p. 552, 559 e 1861 vol. 175°, p. 415, 421.

FABBRI E. F. *Rivista clinica.* Bologna 1870, p. 160. — ID. « Sull'embriotomia. » Studi sperimentali. Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1875. — ID. *Bullett. Scienze Mediche.* Bologna, vol. 17°, p. 134, 143. — FAVRA. *Med. Vestnik.* Pietroburgo 1879. — FEHLING H. « Della versione combinata secondo il metodo di Braxton Hichs nella provocazione del parto prematuro. » *Centr. f. Gynaek.,* 1886, n. 10. — ID. « Müller's Handbuch der Geburtsh. « Bd. III, 1889, p. 30. — FELSENREICH. « Parto precoce provocato colla pilocarpina. » *Wiener Med. Woch.,* 1878, n. 29. — FERRARIO F. « Saggio di osservazioni cliniche sul parto precoce artificiale. » Milano 1829. — ID. « Sulla necessità di promuovere il parto precoce in casi di gravissime malattie negli ultimi due mesi di gravidanza. » Atti della Sesta riunione scientifica degli Italiani in Milano. Settembre 1844. *Ann. Univ. Med.,* 1845, vol. 113°, p. 71. — FERNIOT. « Existe-t-il d'autres cas que les retrecissements du bassin qui puissent autoriser l'accoucheur à provoquer l'accouchement avant le terme natural de la grossesse? » Thèse. Strasbourg 1836. — FIENZAL TH. ED. « De l'accouchement prématuré à l'aide d'un nouveau moyen. » Thèse. Paris 1863. — FINIZIO A. « Sul valore pratico e condotta del clinico nei vizii pelvici di cent. 7 1[2 in poi. Napoli 1867. — ID. « Abuso e controindicazioni del parto prematuro provocato. » *Filiatre Sebezio,* 1847. — FLAJANI. « Collezione d'osservazioni e riflessioni di chirurgia. » Roma 1802, III, 156. — FLEISCHMANN. « Zwei Fälle von Anwendung der constanten Ströms etc. » *Archiv. f. Gyn.* Bd. XXVIII, 1886, p. 78. — FORSTER. *Boston med. and surg. Journ.,* 1885. — FRIEDRICH. « De nova quadam partus premature celebrandi methodo. » Rostock 1839. — FRITSCH. « Beiträge zur Statistik der geburtshülflichen Operationen. » *Arch. f. Gyn.,* Bd. IV, 1872. « Klin. der geburtsh. Operationen. » Halle 1880. — FROMIGIER. Thèse. Lille 1878. — FRUITNIGHT J. H. " Hyperemesis gravidarum as an indication for the induction of premature labor. „ *Amer. Journ. of Obstetrics,* decem., 1890. — FULLENBAUEM. *Wiener Med. Woch.,* 1874.

GARDELLE P. H. « Étude des indications de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement médical. » Thèse. Paris 1856. — GARRARD. *Lancet.* I, 1880, p. 363. — *Gazz. Med. Prov. Venete,* 1869, p. 387. — GERMANN H. F. « Dreiundzwanzig Fälle von künstl. Erregung der Frühgeburt nebst Bemerkungen darüber. » *Monastsch. f. Geb.,* XII, 1858; XIII, 1859. — GHISLANZONI CASIMIRO. « Del parto precoce artificiale. » Dissertaz. Pavia, Fusi, 1848. — GIERICH RICCARD. Dissert. « Ueber den Werth der küstlichen Frühgeburt. » Breslau 1868. — GIORDANO. « Madre o figlio? » Torino 1860. — *Giornale Veneto Scienze Mediche,* 1859, vol. XIV, p. 613; 1863, vol. XXI, p. 158. — *Giornale dell'Accademia Medico Clinica* di Torino, vol. 51°, p. 147. — GISLAIN. Thèse. 1878. — GOENNER. « Casi di parto precoce provocato. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.,* Bd. VII, p. 320. — GOODEL WILLIAM. « The mecanism of natural au of artificial labor in narrow pelves. » Atti del Congresso Internazionale di Filadelfia, 1877. — GOVI POMPILIO. « Del parto prematuro per arte procurato e suoi risultati clinici. » Modena 1878. — GRASSI GIUSEPPE ANTONIO. « Sul parto prematuro provocato. » Rendiconto dell'Accademia Medico Chirurg. di Napoli. Tomo I, pag. 81, 1847. — GREULICH R. « Der künstl. Frühgeb. » Dissert. Berlin 1872. — GRISWOLD. *American Jour. of Obst.,* t. XVI, 1883, p. 187. — GRUENEWALDT. « Zwei Fälle von künstlicken durch Inductions electricität bewirkter Frühgeburt. » *Arch. f. Gyn.,* Bd. VIII, p. 478.

HAIDLEN. *Centralb. f. Gyn.,* 1885, p. 53. — HAMON. *Rev. de therap. Med. Chir.,* t. XLV, 1878, p. 376, 482. *Paris Medic.,* t. V, 1880, p. 513. — ID. « Accouch. artific.: mort six heures après. » *Journ. des Sages femmes,* Paris, 16 avril 1888. - HARTING L. « Ueber den praktischen werth sämmtl. bis aus die neueste zeit empfohl. Verfahr. zur Erweck. der Frühgeb., etc. » *Monatssch. f. Geb.,* I, p. 91, 101. — HARRIS. « Review of symphysiot. in Italia. » *Americ. Journ. of. Med. Sc.,* 1883, p. 17. — ID. « Results of the Porro-Caesarean operation in all countries, from its introduction to the close of 1888. » *British. Med. Journ.* London 1899, I, p. 68. — HECKER. « Beobacht. u. Unters. » München 1881. *Wien. Med. Blätter,* 1884, n. 40. — HEGEGSSEHWEILER. « Dissert. inaugur. » Erlangen 1879. — HIERNAUX. « Recher. experim. sur l'action de chloryd. de Pilocarpine. » Bruxelles 1878. *Presse Med. Belge,* 1879. p. 38. — HOERCLE. " Zur Statistik des Kaiserschnittes. ,, Bonn 1889. — HOFFMANN. « Statistiche Verhältnisse der künstlichen Frühgeburt. » *Zeitschrift für Geburtshülfe.* Bd. XXIII, 1847. — HORWITZ. « Zur Lehre von der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. » Giessen 1881.

KELLER. « Einleitung der künstlicher Frühgeburt und der Abortus durch die heisse Douche. » Tübingen 1881. — KLEINWAECHTER. « Pilocarpina. » *Prager Vierkeljahrschrift,* 1872. *Arch. f. Gyn.,* XIII, 1878, p. 280 e 442. *Wiener Klinik,* 1879. — ID. « Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. » Innsbruch 1878-80. — ID. « Eine Modification der Coehn'sche Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. » *Wiener Med. Presse,* 1882, n. 8. — KILIAN H. FR. « Die Geburtslehre von Seiten der Wissenschaft und Kunst dargestellt. » Frankfurt a. M., 1840. — KIWISCH FR. *Beiträge zur Geburtskunde Würxburg,* 1846-1848. — KOPPE ROBERT. *Centr. f. Gyn.,* 1887, n. 10. — KRAUSE. « Die künstliche Frühgeburt. » Breslau 1855. — KRONER. « Erfahrungen über Policarpine vor und im Geburts beginne. » *Arch. f. Gyn.* XV, 1880, p. 93. — KUENNE. « Fünfzehn Fälle von künstlicher Frühgeburt. » *Arch. f. Gyn.,* VI, 1874, p. 332.

JACOLACCI ENRICO. « Paragone della Sinfisiotomia col parto precoce provocato per strettezze del bacino. » *Morgagni,* 1858, p. 561. — JACQUEMIER. « Dict. encycl. des scienc. med. » Art. « Accouchement provoqué. » — INVERARDI G. « Ricerche e studi per arrivare alla diagnosi della coniugata ostetrica. » *Giorn. della R. Accademia Medica* di Torino, maggio 1885. -- JOHNSON. *Americ. Journ. of Obst.,* XVIII, 1855, p. 912.

LABERRAQUE. « Policarpine. » *Gaz. Obstetr.,* 1878. — LACOUR A. « Recherches hystoriques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré. » Thèse. Paris 1834. — LAMOTTE. « Traité

complet de l'art des accouchements naturels, non naturels et contre nature. » Paris 1765. — LANDAU. « Ueber Indication und Werth der künstlichen Frühgeburt bei engen Becken. » *Arch. f. Gyn.*, XI, 1877. — LA TORRE F. « Du développement du foetus chez les femmes à bassin vicié. Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement artificiel. » Paris, Doin, 1887. — LAUVERJAT. « Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, et parallelle de cette opération et de section de la synphyse des os pubis. » Paris 1788. — LAZZATI. « Caso di parti precoci provocati. » *Ann. Univ. Med.*, 1867, vol. 201, p. 303. — LEFEBRE. « Accouchement prématuré. » Nouvel exitateur. *France Médicale*, n. 83, 84, 85, del 1858. — LEOPOLD. « Ueber der künstliche Frühgeburt bei Hoffnungs loser Erkrankung der Mutter. » *Arch. f. Gyn.*, 1879, XVI, p. 299. — ID. « Der Kaiserschnitt und Seine stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendunh und perforation bei engem. » Becken, Stuttgard 1888. — LITCHKUSS. « Zun Einleitung der künslichen Frügeburt mittelst des Indications strom. » *Centralb. f. Gyn.*, 1886, n. 51, p. 825. Wratch, Pietroburgo 1886, n. 30, p. 541, 542. — LITZMANN. « Ueber den Werth der künstlichen eingeleiteten Frühgeburt bei Beckenenge und der Grenze ihrer Zulässigkeit. » *Arch. f. Gyn.*, II, 1871, p. 169. — ID. « Ueber die Behandlung der Geburt bei engen Becken. » Volkmann's Sammlung, *Klin. Vorträge*, n. 90 (*Gyn.*, n. 30). — LOEHLEIN. « Ueber den Werth der kunstlichen Frühgeburt bei inneren krankeiten. » *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* XIII, 1886, p. 406. — LORING. *New York. Med. Journ.*, 1883, 20 gennaio. — LOVATI TEODORO. « Prospetti dei parti avuti negli anni scolastici 1824-25 al 1833-34 nella Clinica Ostetrica di Pavia. » *Annali Univers. di Medicina* dell'Omodei. Anno 1826-1835. — ID. « Sull'aborto provocato. » Mortara, t. 7. Capriolo 1852. — ID. « Manuale del parto meccanico ed istrumentale. » Milano, Chiusi, 1854.

MADDEN. *The obstet. Journ.*, 1873. — MAGGIORANI. « Caso di parto precoce artificiale. » Ragguaglio clinico. Roma 1873, p. 308. — MAYER. « Del miglior metodo di procurare il parto prematuro. » Napoli 1874. — MAY. FR. A. « Programma de neccessitate partus quandoque præmature vel solo manuum vel istrumentorum abjutorio promuovendi. » Heidelberg 1799. — MAJONI LODOVICO. « Storia di parto precoce artificiale. » *Gior. Accad. Med.*, Torino 1885, vol. 24, p. 511. — MANGIAGALLI LUIGI. « Una probabile risurrezione nel campo dell' ostetricia operativa. » *Ann. d' Ostetr. e Ginec.*, 1883, p. 1. — ID. Il quinquennio 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano, 1881. — MARCHAL. « Accouchement provoqué a l'aide de la sonde molle ordinaire. » Mém. Soc. de Med. de Nancy, 1878, XXXIX. — MARCHIONESCHI O. « Fetometria. » Studi ed Osservazioni. *Ann. Ostetr. e Ginec.*, 1880, p. 513-597. — MARCHAL et DUDAUX. *Rev. Méd. de l'Est*, Nancy 1879, XI, p. 689. — MARSHALL I. « Parto precoce provocato. » Edinburg. *Med. and Chir. Journ.*, 1813, n. 34. *Med. and. Chyr. Journ.* by dott. Ioshergill, and Want-August 1814. — MARI-AUTET. « Policarpine. » Thèse, 1879. — MARMI. « Policarpine. » Nachrichten der K. K. Gesellschaft der Wissensch. Göttingen 1878. — MARTIN. « Leitfaden der geb. Operat. » Berlin 1877. — ID. « Heber zweiundzwanzig von ihm eingeleitete Frühgeburten. » *Monatsch. f. Geburtsk.*, XIX, 68. — MASNATA. « Su alcune operazioni che praticansi per ristrettezza del bacino. » *Giorn. Scienz. Med.* Torino 1839, vol. 421. — ID. « Cenni sul parto prematuro artificiale. » *Giornale Scienze Mediche.* Torino 1840, IX, 5. — MASSMANN. « Policarpina. » *Cent. f. Gyn.*, 1878, n. 9, p. 193. — MAURAIS. Tese, 1878. — MEISSNER FR. L. « Ueber das Zweckmassigste und dicherste Verfahren die Frühgeburt zu bewirken. » *Medic Annalen*, IV, 1840, p. 495. — MERIMANN S. « Bases of premature labour artificially inducend in Women etc. » *Medico-Chirurgical Transanct.*, 1812, trad. en Français dans le *Recueil général de médicine*, par F. Sebillot, 1816, t. LVIII, p. 139. — MINA-PALUMBO FR. « Con quali mezzi si può assistere una donna con bacino viziato dal 7.° mese in poi di gravidanza. » Messina 1846. — MINATI CARLO. « Annotazioni sul parto prematuro artificiale specialmente rispetto alla medicina forense. » Firenze 1862. — MONTAGNA G. « Estratto delle lezioni d'Ostetricia. » Verona 1845. — MONOD. « Sur l'accouchement artificiel provoqué par la méthode de Krause. » Association pour l'avancement des sciences. Congrès de Toulouse. *Progrès Médic.*, 19 novembre 1889. — MORISANI OTTAVIO. « Dei restringimenti del bacino e delle indicazioni che presentano nel tempo del parto. » Napoli 1863. —

Id. « Manuale delle operazioni Ostetriche. » Napoli, Jovene, 1875. — Id. « Sulla sinfisiotomia. » *Ann. d'Ost. e Ginec.*, 1881, p. 615. — Id. « Ancora della sinfisiotomia. » Statistica e considerazioni. *Annali d'Ost. e Ginec.*, 1886, p. 345. — Mueller. « Der Moderne Kaiserschnitt. » Berlin 1882. — Id. « Pilocarpina. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. 13, p. 456. — Id. « Pronostico del parto nei restringimenti di bacino. » *Centralb. f. Gyn.*, 3 oct. 1885. — Id. « Handbuch der Geburtsh. » III, p. 30. — Id. « Pilocarpina. » Verhandl. d. Physic. Med. Gesellsch. Berna, XIV.

Naegele et Grenser. « Traité pratique de l'art des accouchements. » Trad. Aubenas, Paris, Baillière, 1869 e 1880. — Nannoni Lorenzo. « Trattato di Ostetricia. » Pisa 1794, p. 237. — Nicolini B. « Osservazione clinica sull'uso ostetrico della Pilocarpina. » *Ann. d'Ost. Ginec. Ped.*, 1879, p. 95. — Nigra Michelangelo. « Dell' intervento dell' arte nelle viziature di bacino. » Tesi. Torino 1863. — Noble. " Induced premature labor: delivery with high forceps; conjugate diameter eight centimetres. ,, *Obst. Gaz.*, Cincinn. 1890, XIII, p. 59.

Ohms. « Pilocarpina. » *Petersburg Med. Wochensch.*, 1878. — Olhsausen. « Klinische Beitraege. » pag. 164. — Osiander Fr. « Handbuch der Entbindungskunst. » Tübingen 1829 e 1833.

Pajot. « De l'inutilité des instruments speciaux pour la provocation de l'accouchement. » *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mars, 1885. — Id. " De cephalotripsie répetée sans traction. ,, Paris 1863. — Palletta. « Exercitat. pathol. » Mediolani 1826, II, p. 15. — Pantaleo M. " Parti prematuri artificiali ed embriotomie eseguite nella clinica ostetrica di Palermo. ,, *Sicilia Medica*, 1890, p. 442-425. — Parisi Vitichindo. « Parto prematuro provocato colla pilocarpina. » *Gazz. Med. Ital. Prov. Venete*, 1878, n. 34. — Pastorello L. « Storia di parto precoce provocato. » *Giornale per i progressi della Patologia*, 1840, XII, 26. — Id. « Trattato d'ostetricia. » Pavia, Bizzoni, 1854, vol. II, p. 335. — Pasquali Ercole. « Pilocarpina. » Accademia di Medicina di Roma, 1879. — Pedercini Virgilio. « Dell'aborto provocato per evitare l'operazione cesarea. » Pavia, Fusi, 1854. — Piazza. « Rendiconti clinici. » Bologna, 1851-62 e 1863-72. — Picard. « Étude sour l'accouchement prématuré artificiel. » Thèse, 1882. — Pilat. *Gazz. d'Obst. de Paris*, IX, 1880, p. 305. — Pinard. « Les vices de conformation du bassin. » Thèse, Paris, 1874. — Id. « Cyphose, scoliocyphose ; accouchement provoqué. » *Journal des sages femmes*, 1 mars 1867. — Id. « Accouchement provoqué; critique des méthodes. » *Journal des sages femmes*, 16 mars 1887. — Id. " De l'accouchement provoqué. ,, *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, janvier-février 1891. — Pinchard Abel. « De l'accouchement prématuré artificiel. » Thèse, Strasbourg 1864. — Pinzani E. « Un cranioclaste inclinatore. » Bologna 1890, Società Tipogr. — Platner Camillo. « Sulla provocazione dell'aborto. » *Ann. Univers. di Med.*, 1852, vol. 142. — Polk. W. M. « Provocazione del parto prematuro. » *New-Jork Med. Jour.*, 15 sept. 1888. — Popow. « Pilocarpina. » Dissert. Inaug. Pietroburgo 1878. — Porro Ed. « Risultati apparenti e risultati veri del parto precoce artificiale. » Tesi di concorso, Milano 1871. — Priestley O. « Indicazioni dell'aborto provocato. » Transact of the Obstetr. Society of London, XXII, 1880, p. 271, 287. — Purdy. « Induction of premature labour. » *Twins-Brit. Med. Journ.*, 1886, sept., p. 587. — Purefoy. « Induction of premature labour, illustrated by tree succesful cases. » Dublin, *Med. Jour.*, I, 1884, p. 874.

Rabbertz. Dissert. Inaug. Bonn 1876. — Raborg. « Induction of premature labour by an interruptet current douche of not water. » *New-Jork Med. Jour.*, XXIV, 1876, p. 449, 467. — Ramsbotham. « Principe and Practice of Obstetric Medicine and Surgery. « London 1851. — Raffaele Giovanni. « Ostetricia teorico-pratica. » Napoli 1841. — Id. « Quando le dimensioni del bacino sono assai accorciate, dei processi operativi per estrarre il feto quale dovrà preferirsi? » Atti della VI riunione degli scienziati italiani in Milano, p. 818 e 821. Seduta 25 settembre 1845. — Raffaele Edoardo. « Sinfisiotomia e parto prematuro. » *Annali d' Ostetricia e Ginecologia*, 1880, p. 129. — Reisinger. « Die

künstliche Frühgeburt als ein wichtiges Mittel in der Entbindungskunst etc. » Ausburg und Leipzig 1820. — Rey. *Gazzet. Méd. de Paris,* II, 1879, p. 57-68. — Reynolds. « Treatement of asphixie of the new-born. » *Brit. Med. Jour.,* octob. 1886. — Ritgen. « Die Anzeigen der Mech. Hülfen etc. » Giessen 1820, *Gem. d. Zeitschr. f. Geb.,* I, p. 281. — Rizzoli. Memoria letta all'Accademia delle Scienze. Bologna, marzo 1847. — Robert. « Essai sur les procedés opératoires en usage pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel; méthode électrique. » Thèse, 1877. — Rodemberg. « Mémoires e observations sur l'accouchement prématuré artificiel. » Paris 1852. — Rokitansky. *Wiene Med. Presse,* 1871. — Roussel de Vauzesme. « De sectione symphyseos oss. pub. admittenda etc. » Lutet, Paris 1778. — Rumpe. « Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt. » *Arch. f. Gyn.,* XXI, 1883. p. 85. — Runge. « Die Bestimmung der Grösse d. Kinden v. Geb. etc. » Diss. inaug. Strasbourg 1875, — Rutkowsky. Diss. inaug. Breslau 1872.

Sabarth. *Breslauer aertliche Zeitschrift,* 1881, n. 16, 18. — Sacchi Pericle. « Alcuni argomenti ostetrici studiati nella Maternità di Cremona. » Cremona, Ronzi e Signori, 1885. — Id. « L'incubatrice e l' alattamento forzato pei bambini immaturi. » *Bullettino Medico Cremonese,* 1888, n. 2. — Sacombe. « Observations méd. chir. sur la grossesse. » Paris 1792. — Saint Moulins Eug. " De l'accouchement prématuré artificiel. ,, Paris 1879. — Sayre. *American pract.,* 1871. — Salomon E. G. « Over het, door de kunst, vervroegen der verloos in naauwe bekkens etc. » Geneesk. Bijdr. door. C. Pruys v. d. Hoeven etc. Delft 1825, p. 1-95. — Saenger. « Pilocarpina. » *Arch. f. Gynaek.,* XIV, p. 43 e 472. — Santagostino Giuseppe. « Del parto prematuro artificiale. » Dissertazione. Pavia, Fusi, 1852. — Scanzoni F. « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Wien 1853. — Id. *Wiener Med. Wochen.,* 1856, n. 11 e 1857 n. 11 e 13. — Scippan E. L. « Ueber die künstliche Frühgeburt. » Würzburg 1831. — Schabel. « Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Pilocarpinum Muriaticum. » Diss. Inaug. Tübingen 1879. — Schauta. « Pilocarpina. » *Wiener Med. Wochensch.,* 1878, n. 19. — Scheel P. « Commentarium de liquoris amnii ecc. » Hafniae 1799. — Schnackenberg. « De partu prematuro artificiali. » Marburg 1831. — Schoeller J. V. « Die künstliche Frühgeburt bewirkt durch den Tampon. » Berlin 1842. — Schultz A. G. « De partu prematuro arte provocando. » Gronning 1826. — Schweighaueser. « Das Gebären nach der beobachteten Natur etc. » Strassburg 1825, p. 230. — Scotti. *Berliner Klin. Wach.,* 1877. — See Lazare. « Des procédés d'accouchement prémature artificiel. » Thèse. Paris 1854. — v. Siebold. « Zur Lehre der künstlichen Frühgeburt. » Götting 1842. — Id. « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Braunschweig 1854. — Silbert P. « Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel. » Paris 1856. — Sippel. « Dei bagni caldi nel parto prematuro artificiale. » *Centralbl. f. Gyn.,* 1886, n. 14, p. 362. — Id. " Kastration bei Osteomalacie. ,, *Centralblatt f. Gynaek.,* 16 aug. 1890. — Smellie. « Traité de la théorie et pratique des accouchements. » Trad. Préville. Paris 1771. — Spaeth. « Pilocarpina. » *Wiener Med. Woch.,* 1878, n. 19. — Spiegelberg O. *Berliner Klinische Woch.,* 1869. — Id. « Ueber den Werth der künstlichen Frühgeburt. » *Archiv f. Gyn.,* 1878. — Id. « Lehbuch der Geb. » Edit. II, p. 609. — Stadfeldt. « v. Virchow-hirsch'scher Jahresbericht. » Ulber 1870, p. 540. — Stahl. « Die geburtsh. Operat. lehre. » Stuttgart 1878. — Staude. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* 1878. — Stauton. « Parto prematuro provocato. » Associaz. Americana degli ostetrici e ginecologi. Washington, Seduta 18 e 20 settembre 1888. — Stehberger. « Lex regia und künstliche Frühgeburt. » *Arch. f. Gyn.,* I, 1870, p. 465. — Styromjatnikoff I. M. « Parto prematuro provocato colla corrente indotta. » *Pietroburgo Wratsch.,* 1885, n. 24, p. 387-389. — Stoltz. « Mémoires et observ. sur la provocation de l'accouchement prématuré etc. » Strasbourg 1835. *Gazz. Med. Strasb.,* 1842, n. 14 e n. 243 n. 1. — Id. « Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques. » Art. « Accouchement prématuré artificiel. » Paris 1864. — Sutagin. *Obst. Journ. of gread Britaen,* 1875. — Swayne Griffith. *Brit. Med. Jour.,* 1874.

Tarnier. « Sur un noveau moyen de provoquer l'accouchem. prémat. artificiel. » *Bullet. de l'Acad. de Méd.,* 1862-63, XXVIII, p. 86. — Tarsitani. « Lettere intorno al parto prematuro artificiale. » Na-

poli 1856. — TESSIER. Thèse, 1876. — TIBONE D. « Modificazione al Manuale operativo del metodo di Krause per l'interruzione della gravidanza. » *Rivista Clinica,* anno VII, n. 9. — ID. « Sul tecnicismo e sul valore del metodo del Krause nella interruzione della gravidanza e di una nuova causa valevole ad eccitare la contrazione uterina. » *Rivista clinica e terapeutica.* Napoli 1885. — THOMAS. *Americ. Journ. of Obst.,* 11.°, 732. — THOUMSIN (Liège). *Ann. Soc. Med. Chir.,* mars. 1888. — TORRE (LA) F. « Du développement du foetus chez les femmes a bassin vicié. » Paris, Doin, 1887. — TRIAIRE. « Accouchement prématuré provoqué. » *Archiv. de Tocol.,* 1878, p. 4, et 1833 p. 193. — TROTULA. « De passionibus mulierum. » Basilea 1566, capo XVII, p. 251. — TRUZZI E. « Sopra il parto precoce artificiale nelle pelviche ristrettezze. « *Gazzetta Medica Lombarda.* Milano, Rechiedei, 1887.

ULSAMER. « De partu prematuro arte legittime procurando. » 1820.

VARNIER. " De la dilatat. artific. de l'orifice utérin pendant le travail. ,, *Gaz. hebd. de méd.* Paris 1890' XXVII, p. 62-101. — VAYSSETTES. « Étude clinique de l'accouch. prémat. artificiel, etc. » Thèse, Lyon 1881. — VALENTA. « Catheterisatio uteri. » Wien 1871. — VALTORTA. « Caso di parto prec. provoc. » *Giornale Veneto Scienze Mediche,* 1865, III, p. 611. — VAUVERTS. « Leçons d'ouverture. » Clin. Obst. de St. Eugénie, Lille 1879. — VELPEAU ALF. « Traité complèt d'accouchement. » Bruxelles 1835. — VERRIER. *Ann. Soc. Med. Chir.,* Liège, XVI, 1877, pag. 49. — VIANI DINA. « Metodo primitivo del Kiwisch nella provocazione del parto prematuro. » *Bull. Scienze Med.,* Bologna 1873. — VILLENEUVE. « Memoire sour l'accouchement provoqué prématurement. » Marseille 1847. — VON BREHM. " Ein Casuisticher Beitrag zur Umgehung der künstlichen Frühgeburt. ,, *St. Petersb. med. Wochenscr.,* 1890, VII, p. 77.

WACHTER. *Würthemberg Corresp. blat.,* 1879, p. 11. *Berliner Klin. Woch.,* 1879, n. 52. — WALCHER. *Centralb. f. Gyn.,* 1885, p. 209. — WASSEIGE. « Parto prematuro artificiale con iniezione intrauterina e spugna nel collo. » Liège, Vaillant-Carmane, 1885. — ID. " Operat. obs. ,, Liège 1886. — WEISS. Diss. inaug. « Azione ecbolica della pilocarpina. » Berlino 1880. — WEIDLING. « Die Prognose der Geburt bei engem Becken. » *Archiv. f. Gyn.,* XIII, 1878, pag. 80. — WELPONER. « Corrente costante per provocare il parto. » *Wiener Med. Presse,* 1878, n. 16-18. — ID. « Zur Beurtheilung der Pilocarpines alz Wehenerregendesmittels. » *Centralb. f. Gyn.,* 1878, n. 15, p. 339. — WENZEL C. « Allgemeine geburtshülfiche Betrachtungen und Ueber die künstliche Frühgeburt. » Mainz 1818. — WIDER. *Corresp. Blattf. Schweizer Aerzte,* 1887, N. 21. — WIENNE. « Zur Frage der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. » *Archiv. f. Gyn.,* XIII, 1878, p. 80. — WILMARK. *Presse Med. Belge.* Bruxelles 1880, XXXII, p. 49. — WINCKEL. *Centralblatt f. Gyn.,* 1881, p. 197. « Klinische Beobact. z. Dystocie durch engen Becken. » Leipzig 1883. — ZWEIFEL. « Lehrbuch er Geburtsh. » Stuttgart 1889, p. 549.

RENDICONTO STATISTICO

DEL

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO

dell' Ospedale Maggiore di Milano

per l'anno 1890

DEL

Prof. LUIGI MANGIAGALLI

Convinto che il documentare la propria attività clinica non solo sia utile ma anche doveroso, coordino e riassumo quanto più brevemente mi è possibile il gran numero di fatti osservati, limitandomi a poche considerazioni ed a pochi commenti.

Sezione gravide.

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
nuni da malattia. . .	14	14	—	
vaglio a termine . . .	1	1	—	
accia di aborto . . .	15	15	—	In 7 casi l'aborto fu scongiurato, negli altri si verificò l'aborto, in uno venne praticata l'estrazione manuale della placenta, in un altro fu fatto il raschiamento.
ngite.	2	2	—	
rro bronchiale. . . .	16	16	—	In una N. 29, VI, venne provoc. il parto prem.
nenza e forme bronpolmonari, concomiti o successive . . .	4	3	1	
umonite.	9	8	1	Meritano ricordo i seguenti casi: N. 56, I. Provocazione del parto. Guarigione. N. 11, IV. Prov. del parto. Morte. N. 4, VIII. Gravid. gemellare 7.° mese, parto prematuro non provocato, rivolgimento sui due feti presentantisi per la spalla. Guarigione. N. 61, IX, aborto spontaneo al 5.° mese. Guarigione.
Da riportarsi . .	61	59	2	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	61	59	2	
Pleuro polmonite	3	3	—	
Pleurite essudativa . . .	2	2	—	N. 14, XI. Pleurite destra, gravid. gem., p abortivo spontaneo, estrazione manuale d placenta. Guarigione.
Piopneumotorace	1	—	1	Entrata il 18 luglio in condizioni gravissi gravida al nono mese in travaglio. Pio pn matorace destro da apertura di una cave tubercolare, parto spontaneo di feto vivo. M due giorni dopo.
Tisi laringea	1	1	—	N. 65, VII. Parto prem. spont. nell'ottavo m forcipe.
Tubercolosi polmonare . .	8	5	3	Nell'osserv. N. 55, II, venne provocato il par
Vizii cardiaci	3	3	—	Nell'osserv. N. 69, II, venne provocato il par
Catarro gastrico.	2	2	—	
Catarro intestinale. . . .	5	5	—	
Catarro gastro enterico. .	4	4	—	
Ulcera rotonda dello stomaco.	1	1	—	Ematemesi ripetute, parto spontaneo nell'ott mese; dopo il parto migliora e guarisce rapi mente.
Vomiti gravi	2	2	—	N. 71, X. Parto prem. spont., forcipe.
Dissenteria	1	1	—	
Cancro del retto.	1	—	1	N. 57, XII. Gravid. al terzo mese complicat carcinoma della parte alta del retto con fe meni gravi di stenosi intestinale, aborto sp taneo. Morte.
Ernia inguinale.	1	1	—	
Pielite	1	1	—	
Albuminuria	6	6	—	In tre venne provocato il parto. N. 49, III. todo Krause, forcipe. N. 36 V. Metodo Kra N. 89, VI. Puntura delle membrane. Tutte g rite.
Nefrite	4	3	1	In due venne interrotta la gravid. artificialme N. 28, VII. Metodo Krause. Guarigione. N. 44, III. Retinite albuminurica, rottura d membrane. Notevole miglioramento.
Eclampsia	8	7	1	N. 2, V. Interr. artif. grav. mediante rottura d membrane, parto spont. Guarigione.
Da riportarsi . .	115	106	9	

icazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	OSSEEVAZIONI
Riporto . .	115	106	9	
				N. 65, I. Forcipe nello scavo. Guarita. N. 73, IV. Interruzione della gravid. Guarigione. N. 49, IX. Eclampsia in travaglio, ottavo mese, iniezioni alte dosi di morfina, isterostomatomia, forcipe. Guarigione. N. 32, VIII. Gravid. ottavo mese, parto spont. Guarigione. N. 7, IX. Gravid. settimo mese, parto spont. Guarigione. N. 55, XII. Entrata in stato di grave coma la sera del 20 dicembre, puntura delle membrane, parto la mattina del 21, morte lo stesso giorno, alle 5 pom. senza risvegliarsi del coma. N. 11, X. Entrata pure in stato di grave coma, punt. delle membrane, p. spont. di feto macerato ottimestre. Guarigione.
osia sine albumi-a.	1	1	—	
. . . . .	1	—	1	N. 35, II. Portata comatosa in comparto mentre era in travaglio, nessuna convulsione, urine fortemente albuminuriche, parto spont. di feto morto in presentazione di ovoide podalico, morte della madre poche ore dopo.
voluminoso	2	2	—	N. 76, X. Gozzo molto voluminoso a sviluppo retrosternale con gravissimi fenomeni di stenosi tracheale, albuminuria : provocazione di parto, isterostomatotomia, forcipe, dopo il parto rapida scomparsa dei fenomeni minacciosi, diminuzione notevole del gozzo. N. 21, XII. Provocazione del parto pure per fenomeni di stenosi tracheale, rapido miglioramento.
i del VII.	1	1	—	
gia	2	2	—	
a	1	1	—	
nia	1	1	—	
i simmetrica dei oni laterali	1	1	—	
zione cerebrale . .	1	1	—	
gia	1	1	—	
gite tubercolare . .	1	—	1	N. 12. XI. Gravida nell'ottavo mese. Provocazione del parto col metodo Krause, feto vivo. L'autopsia oltre alla meningite tubercolare, dimostra una tubercolosi migliare diffusa.
Da riportarsi . .	128	117	11	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	128	117	11	
Cachessia palustre	4	3	1	N. 73, II. Taglio cesareo post-mortem. Fet mestre morto. N. 20, IV. Provocazione del parto, metodo K
Monoartrite	4	3	1	N. 56, IV. Gravida nel settimo mese. Mono mano destra, rapida insorgenza di endoc Morte improvvisa. Taglio cesareo post-m Feto morto.
Reumatismo poliarticolare	1	1	—	
Ileotifo	2	2	—	
Blenorragia	4	4	—	
Mastite	1	1	—	Suppurata: incisione, parto prem. spont. nell' in present. dell'ov. podalico.
Prolasso di utero gravido	1	1	—	
Retroversione di utero gravido	3	3	—	Riduzione in tutti e pessario.
Erosione catarrale del collo uterino	1	1	—	
Fibromi multipli	2	2	—	N. aborto spontaneo, nel puerperio, aj zione elettrica metodo Apostoli, espulsione di un fibroma. L'altra donna esce per rie poi in periodo più inoltrato di gravidanz ancora degente alla fine dell'anno.
Scottature	1	—	1	N. 50, X. Gravida al nono mese. Estese s ture di terzo grado per essersi infiamm vesti inzuppate di petrolio per la caduta lucerna. Trasportata all'ospedale in cond disperate, il 27 X. partorisce poche ore spont. un feto macerato. Estrazione m della placenta. Morte alle 3 ant. del 29.
Idramnios	1	1	—	
Placenta previa	1	1	—	
Gangrena diffusa delle pareti addominali . . .	1	1	—	N. 56, X. Gravida all'ottavo mese. Resipola monosa diffusa delle pareti addominali co grena diffusa di queste e vasto enfisema. A della fossa ischio-rettale destra, estese inc e sbrigliamenti. Parto 6 ore dopo. Guari
Gravidanza extrauterina .	1	—	1	N. 67, VIII. Gravid. tubaria con rottura tuba e passaggio del feto nel cavo addom Emorragia, peritonite successiva. Collasso vissimo. Operata in articulo mortis. Morte dopo.
Totale . .	156	141	15	

Parti.

I parti furono 113, di questi 3 gemellari, 54 a termine, 31 prematuri, 28 abortivi, dei bambini 78 nacquero vivi, 38 morti, 104 in presentazione di vertice, 10 in presentazione di natiche, 2 in presentazione di spalla.

I puerperii delle donne che hanno partorito nel Comparto, furono, *quod* puerperalità, tutti normali.

Sezione puerpere.

icazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
rio normale	6	6	—	
bronchiale	2	2	—	
polmonia	1	1	—	
olosi polmonare . .	2	1	1	
onite	4	3	1	
-pneumonite . . .	6	5	1	
ardiaco	3	3	—	
ne palustre	5	5	—	
. . . . .	2	2	—	
tasi	1	1	—	
teria	1	—	1	
. . . . .	3	3	—	
osia	4	4	—	
gia	1	1	—	
ioni	1	1	—	
anali	1	1	—	
osi della safena in-a	1	1	—	
oluzione uterina . .	5	5	—	
osi crurale	2	2	—	
o mammario . . .	1	1	—	
Da riportarsi . .	52	48	4	

Indicazione delle malattie	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	52	48	4	
Galattorea	1	1	—	N. di cartella 7, VI. Eczema di alto grado mammelle da fermentazione lattea. Effi dell'atropina.
Mastite	11	11	—	In tutte si trattava di raccolte marciose che nero evacuate mediante incisione.
Trombo vulvo-vaginale .	2	2	—	N. di cartella, 31, II. Spaccatura, raschiam sutura a due piani. Guarigione. N. di cartella 73, X. Incisione, zaffamento garza iodoformica. Guarigione.
Lacerazione perineale recente.	2	2	—	In una venne praticata la perineorafia, facer precedere da superficiale raschiamento. Co perfetto.
Risipola	3	3	—	
Parametrite.	34	34	—	In due casi venne praticato il raschiamento Vanno anche ricordati i seguenti casi: N. di cartella 63, I. Apertura spontanea dell'as in vescica. Guarigione. N. 62, II. Passata ad esito, incisione. Guarig N. 37, III. Apertura spontanea dell'ascesso i gina. N. 89, III. Incisione. Guarigione. N. 73, VII. Notevole per l'apertura spontanea l'ascesso nella cavità cervicale. N. 75, VII. Passato ad esito, incisione. Guarig N. 63, XII. Incisione. Guarigione.
Ovaro-salpingite e periovaro salpingite. . . .	23	23	—	In due casi venne fatto il raschiamento dell vità uterina. N. di cartella 88, III. Pio salpingite, peric salpingite. Laparotomia il 21 marzo. Svu mento del piosalpinge per aspirazione. Gu gione completa che si conserva tuttora. N. 83, IX. Salpingectomia. Guarigione.
Endometrite settica . . .	15	15	—	Vennero praticati dieci raschiamenti. N. di cartella 89, I. In questo caso l'endome era associata a cisti vaginale suppurata che v esportata.
Pelvi peritonite	4	4	—	
Ascessi pelvici	9	8	1	N. 74, I. Complicato a nefrite, incisione. Gu N. 61, II. Incisione. Guarigione. N. 10, IV. Vasto ascesso iliaco profondo e asc perirenale con gangr. delle parti molli ed fisema sottocutaneo, incisioni multiple. En l'8 IV. † il 12 IV. N. 71. IV. Incisione. Guarigione. N. 65, VI. Incisione. Guarigione.
Da riportarsi . .	156	151	5	

icazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	156	151	5	
				N. 56, VIII. Incisione. Guarigione. N. 67, XI. Incisione. Guarigione. N. 60, XII. Incisione. Guarigione. N. 61, XII. Incisione. Guarigione.
ione di resti ovulari:				
con emorragia . .	32	32	—	Venne praticato il raschiamento 27 volte.
con setticemia . .	11	10	1	Venne praticato il raschiamento 11 volte.
con emorragia e setticemia.	4	4	—	Venne praticato il raschiamento 4 volte.
mia e setticopiemia .	17	6	11	Ricordo i seguenti casi: N. 22, I. Vaste lacerazioni di cui una comunicante colla vescica. Chiusero la scena fenomeni di emorragia cerebrale. All' autopsia si rilevò un focolaio di rammollimento necrobiotico a quasi tutto il lobo temporo parietale destro, N. 62, II. Perineorafia preceduta da raschiamento di una vasta lacerazione rivestita da essudato micotico. Guarigione. Coalito completo, N. 48. IV. Parto spont. a domicilio il 21 marzo. Brivido violento il giorno successivo, entra in comparto in condizioni gravissime il 4 aprile. Pelvi-peritonite, pleuro-polmonite sinistra, raccolta purulenta nell'articolazione del gomito e del ginocchio sinistro, artrectomia del cubito, aspirazioni multiple al ginocchio. Guarigione. N. 68. X. Sepsi puerperale con localizzazione principale agli annessi di destra convertiti in una vasta sacca marciosa. Insorgenza di tubercolosi miliare constatata all'autopsia. N. 70. X. Setticemia con peritonite, incisione laterale sinistra con evacuazione di notevole quantità di marcia, lavatura, drenaggio il 27 X. Morte il 7 XI. N. 21. XI. Piemia puerperale da ritenzione di placenta, peri e parametrite, ittero infettivo; nel delirio, riesce a deludere la vigilanza e a gettarsi dalla finestra, riportando fratture della base cranica, morendo all' istante.
nite puerperale. . .	5	1	4	N. 59. XII. Laparotomia il 5 dicembre, lavatura, drenaggio multiplo. Guarigione.
Totale . . .	225	204	21	

Sezione nutrici.

Indicazione della malattia	Numero delle ricov.	Osservazioni
Angina tonsillare follicolare	2	
Catarro gastrico	1	
Emorroidi	3	
Ragadi anali	1	N. di cartella clinica, 9, IV. Dilatazione forz
Gastralgia	1	
Enterite	1	
Bronchite	4	
Bronco alveolite	2	
Esiti di pleuro-polmonite	1	
Albuminuria	1	
Cachessia palustre	2	
Febbre intermittente	2	
Oligoemia	3	
Esaurimento	4	
Reumatismo poliarticolare	4	
Ileotifo	2	
Artralgie	2	
Ischialgia	2	
Paralasi del VII	1	
Crampi da allattamento	1	
Adenite cervicale	1	
Sinovite fungosa	1	
Omilite	1	
Tumore fibroso sotto cutaneo dolente. .	1	Escisione: num. di cartella 66. IV.
Ascesso da periostite femorale	1	Incisione N. 75, V.
Ascesso alla fossa retto ischiatica sin.	1	Incisione N. 21, VII.
Contusioni	1	
Da riportarsi . .	47	

Indicazione della malattia	Numero delle ricov.	Osservazioni
Riporto . .	47	
lio tendineo suppurato	1	Estirpazione.
di al capezzolo	2	
ie cicatriziali della vagina	1	
co metrite	1	
azione perineale	1	Perineorafia col metodo di Lawson Tait. Coalito ottimo. N. di cartella 68, I.
Totale . .	54	

Nessuna delle nutrici morì, diciasette, smesso l'allattamento, furono trasportate in altra sala, le altre continuarono l'allattamento fino a guarigione o a dimissione dall'ospedale.

Sezione ginecologica.

ndicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
ıni da malattia delspecialità	18	18	—	
o-vaginite ulcerosa .	1	1	—	
o-vaginite secondaad ileo tifo	1	1	—	
orragia	7	7	—	
re veneree	1	1	—	
sso della ghiandola l Bartolini	1	1	—	N. 32, II. Incisione.
razione perineale . .	3	3	—	Vennero collocate in questa categoria quelle donne che non offrivano che la laceraz. perineale senza altra concomitanza morbosa. Ne venne operata una (N. 52, XII) col metodo di Lawson Tait con esito felice.
Da riportarsi . .	32	32	—	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	32	32	—	
Tumore fibro-cavernoso al meato urinario . . .	1	1	—	N. 1, V. Esportaz. Plastica uretro vagin. Gua
Carcinoma della vulva . .	1	1	—	N. 64, X. Esportazione. Guarigione.
Epitelioma della vulva e del meato urinario . .	1	1	—	N. 3, X. Complicato con fibroma interstiziale luminoso e vizio cardiaco. Esportazione. Gu gione.
Cistite catarrale.	1	1	—	
Cistite ulcerosa con pielonefrite	1	—	1	N. 84, III. Insorgenza rapida di fenomeni urei e morte nel coma.
Rene mobile	1	1	—	
Fistola cisto-vaginale . .	3	3	—	N. 30, IV. Cruentazione, sutura con seta. Gu gione. N. 90, I. Fistola cisto vaginale consecutivo a p durato 8 giorni e terminato strumentalmei distruzione quasi completa del setto vescico ginale. Lacerazione completa del perineo. S nosi pelvica di alto grado, perineorafia con stabilimento dell'orificio anale col metodo Lawson Tait. Chiusura della vulva. N. 34, XII. Cruentazione, sutura con seta. G rigione.
Fistola retto vaginale . .	1	1	—	Aveva una ipertrofia considerevole delle gra e delle piccole labbra. Esportazione. Si rifi poi alla operazione della fistola.
Briglie cicatriziali della vagina	2	2	—	
Epitelioma primitivo della vagina.	2	2	—	In entrambe venne praticato il raschiamento guito da cauterizzazione col Paquelin.
Corpi estranei in vagina .	2	2	—	Nell'una si trattava di un grosso zaffo di ga dimenticato da mesi in vagina, e che colle p dite fetenti che aveva ingenerato aveva pro cato il sospetto di affezione grave. N. 33, XII. Enorme pessario di cera che era vagina da oltre 20 anni.
Fibroma della parete vaginale anteriore	1	1	—	N. 24. VII. Esportazione, plastica vaginale. G rigione.
Menorragia	1	1	—	
Anomalie menstruali dell'epoca critica.	1	1	—	
Da riportarsi . .	51	50	1	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	51	50	1	
orragie secondarie a alattie di altri organi .	5	5	—	
oversione	41	41	—	In due non venne fatto che il raschiamento. Nella maggior parte si applicò il pessario. Meritano speciale menzione i seguenti casi: V. 17, II. Dal 1882 entra periodicamente nel Comparto: 1.° ingresso 7 settembre 1882, diagnosi metrite lenta e cura sintomatica; 2.° ingresso dicembre 1882, stessa diagnosi e cura; 3.° ingresso febbraio 1883, idem; 4.° ingresso luglio 1885, diagnosi metrite parenchimatosa, cura sintomatica; 5.° ingresso novembre 1885, metrite parenchimatosa, 6.° ingresso agosto 1886 stessa diagnosi; 7.° ingresso febbraio 1887, idem; 8.° ingresso, novembre 1887, idem; 9.° ingresso, gennaio 1888, diagnosi metrite lenta con indurimento: 10.° ingresso maggio 1889, diagnosi metrite parenchimatosa con retroversione e reliquati di perimetrite, raschiamento e amputazione vaginale del collo, pessario; 11.° ingresso febbraio 1890, ablazione degli annessi e fissazione dell'utero col metodo Sänger. Guarigione. N. 9, III. Isteropexi addominale. N. 81, IV. Isteropexi addominale. N. 70, V. Retroversione aderente, riduzione colle manovre di Schultze nella narcosi cloroformica. N. 32, X. Idem. N. 96, X. Raschiamento, operazione di Alexander risultati ottimi tre mesi dopo. N. 81, IX. Associata a metrite parenchimatosa, a lacerazione bilaterale del collo, a prolasso della parete vaginale anteriore e a lacerazione perineale. Colporafia anteriore. Operazione di Emmet. Colpoperineorafia (Hegar). N. 19. XI. Retroversione aderente, manovre di Schultze nella narcosi cloroformica. N. 81. X. Retroversione aderente, manovre di Schultze, isteropexi, recidiva, isterectomia vaginale il 23 dicembre. Guarigione. N. 62, X. Retroversione aderente, manovre di Schultze. N. 48, VII. Operazione di Alexander. N. 49, VII. Raschiamento. Operazione di Emmet. Operazione di Alexander. N. 49. VII Raschiamento. Operaz. di Alexander. N. 71, VIII. Idem. N. 1, VIII. Raschiamento. Operaz. di Alexander.
o latero versione . .	5	5	1	N. 84. IV. Nel maggio 1889 manovre di Schultze, si ripetono nel settembre dello stesso anno; nel maggio 1890, isteropexi.
Da riportarsi . .	102	101	1	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	102	101	1	
Retroflessione	10	10	—	In due oltre al trattamento meccanico venne p ticato il raschiamento. Nella ricoverata N. 32, la retroflessione era aderente e venne fatta riduzione colle manovre di Schultze.
Retro latero flessione . .	2	2	—	
Antiflessione	22	22	—	N. 42, I. Discissione con plastica mediante len vaginale. N. 54, II. Dilatazione, raschiamento. N. 36, IV. Discissione. N. 96, VI. Dilatazione, raschiamento. N. 46, VIII. Raschiamento, discissione. N. 66, IX. Discissione. N. 10, XI. Discissione, raschiamento. N. 17, XI. Discissione, raschiamento. N. 87, X. Discissione, raschiamento. N. 28, XI. Discissione, raschiamento. N. 50, XII. Discissione, raschiamento.
Prolassi vagino uterini .	35	35	—	N. 6, VI. Amputazione vaginale del collo, colp rafia anteriore, colpoperineorafia (Hegar). N. 68, V. Amputazione vaginale del collo, colp rafia anteriore. N. 48, VI. Amputazione vaginale del collo, c porafia anteriore, colpoperineorafia (Hegar). N. 70, V. Colporafia anteriore, colpoperineora (Hegar). N. 64, V. Colporafia anteriore. N. 63, Colporafia anteriore, colporafia pos riore. N. 52, V. Colporafia anteriore, perineorafia (Laws Tait). N. 34, V. Amputazione vaginale del collo, colp rafia anteriore, colpoperineorafia (Hegar) N. 28, V. Colporafia anteriore, colporafia poste N. 36, IV. Colporafia ant. duplex (Fehling), c poperineorafia (Hegar). N. 39, IV. Colporafia anteriore. N. 64, IV. Amputazione vag. del collo, colpora anteriore. N. 59, III. Amput. vag. del collo, colpor. ant., c porafia posteriore. N. 83, III. Colporafia anteriore, colpoperineora (Hegar). N. 8, II. Colporafia anteriore, colpoperineora (Hegar). N. 32, I. Colporafia anteriore, perineorafia (Laws Tait). N. 51, VII. Colporafia posteriore. N. 85, VI. Colporafia anteriore, colpoperineora (Hegar).
Da riportarsi . .	171	170	1	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	171	170	1	
				N. 70, VII. Isterectomia. Guarigione. N. 2, VIII. Colporafia anteriore. N. 50, VII. Raschiamento, amputazione vag. del collo, colporafia anteriore, colpoperineorafia (Hegar). N. 94, X. Raschiamento, colpoperineorafia (Hegar). N. 100, X. Prolasso totale voluminoso ulcerato con piometra e setticemia acutissima. Isterectomia. Guarigione. N. 51, X. Colporafia anteriore, colpoperineorafia, (Hegar). N. 74, XI. Isterectomia, perineorafia, (Lawson Tait). N. 51, XII. Colporafia anteriore, colporafia posteriore, perineorafia, (Zanellis).
trofia circoscritta del bbro anteriore. . . .	1	1	—	
ico metrite.	9	9	—	N. 39, V. Associata ad ectropion, lacerazione bilaterale del collo, lacerazione del perineo. Raschiamento, amputazione vaginale del collo, colpoperineorafia col metodo di Hegar. N. 35, V. Associata a vasta erosione del collo, ad ectropion, a lacerazione bilaterale del collo; raschiamento, amputazione vaginale del collo. N. 46, I. Associata a lacerazione bilaterale, ectropion, ipertrofia notevole del collo, vasta erosione, raschiamento, amputazione vaginale del collo. N. 61, VIII. Associata a vasta erosione: amputazione vaginale del collo.
razione bilaterale del llo	4	4	—	N. 43, IX. Associata ad endometrite, ectropion, vasta erosione. Raschiamento, amputazione vaginale del collo. N. 71, IX. Raschiamento. Operazione di Emmet. N. 25, VI. Operazione di Emmet. N. 61, III. Operazione di Emmet.
ometrite	71	70	1	In quarant'un casi venne praticato il raschiamento preceduto solo da dilatazione alla Hegar, e seguito di solito di tre in tre giorni da irrigazioni di sublimato o di acido fenico. Meritano inoltre ricordo i seguenti casi: N. 14, I. Entra il 5 gennaio, si pratica il raschiamento il 6. Il giorno 8 inizio di una polmonite crupale destra classica che la conduce alla tomba il 12 dello stesso mese. N. 48, II. Associata a lacerazione bilaterale ed ectropion, il raschiamento è seguito dall'amputazione vaginale del collo. N. II. Associata a metrite parenchimatosa, il raschiamento è seguito dall'amputazione vaginale del collo.
Da riportarsi . .	256	254	2	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	256	254	2	
				N. 56, IX. Idem. Raschiamento ed amputazi vaginale del collo. N. 59, VIII. Associata a vasta erosione del co Raschiamento seguito da amputazione del co N. 97, X. Associata a lacerazione perineale. schiamento seguito da perineorafia col met Lawson Tait. N. 31, XI. Associata a lacerazione cervicale b terale con ectropion ed erosione notevole. schiamento seguito dall'amputazione vagi del collo.
Metrite parenchimatosa. .	23	23	—	N. 2, VI. Associata ad ectropion, erosione, la razione bilaterale del collo. Amputazione v nale del collo. N. 47, VII. Amputazione vaginale del collo. N. 45, I. Ignipuntura. N. 55, II. Associata a lacerazione profonda collo molto ipertrofico nella sua porzione v nale. Amputazione vaginale del collo. N. 85, III. Associata a prolasso della parete v nale anteriore, colporafia anteriore. Amputazi vaginale del collo. N. 38, IV. Associata a retroversione, erosione, cerazione cervicale bilaterale. Lacerazione perineo. Raschiamento. Amputazione vagi del collo. Perineorafia. N. 82, III. Raschiamento. Amputazione vagi del collo. N. 29, IV. Idem. N. 82, III. Idem. N. 104, IV. Ignipuntura. N. 57, VIII. Raschiamento. Amputazione vagi del collo. N. 38, VII. Idem. N. 41, VIII. Amputazione vaginale del collo. N. 70, IX. Associata a prolasso della parete ginale anteriore e a lacerazione bilaterale collo. Colporafia anteriore. Operaz. di Emm
Piometra	1	1	—	N. 78, VI. Da endometrite senile. Guarita c irrigazioni feniche.
Polipo placentare	1	1	—	Esportazione, previa dilatazione.
Polipi fibrosi dell'utero .	11	10	1	N. 74, V. — N. 53, IV. — N. 29, II. — N. 34, V. N. 44, VIII. — N. 19, X. N. 10, XII. Escisio Meritano speciale ricordo i seguenti casi: N. 58, V. Polipo molto voluminoso con inversi dell'utero. Ablazione del polipo. Amputazi dell'utero inverso. Guarigione.
Da riportarsi . .	292	289	3	

dicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	OSSERVAZIONI
Riporto . .	292	289	3	
				N. 72, II. Polipo della grandezza di una mandarina, in sfacelo parziale, ancora contenuto nella cavità uterina, eportazione, emorragia, tamponamento uterino colla garza iodoformica. Guarigione. N. 5. VI. Polipo enorme che occupava tutto lo scavo fino all'ostio vulvare, elevendosi fino alaltezza dell'ombellico partorito intieramente in vagina e nel segmento inferiore enormemente disteso, mentre l'utero sovrastava a questo come una calotta. Esportazione della parte infrapelvica col metodo del *morcellement,* riservandosi in un secondo tempo di procedere alla estirpazione del resto per via addominale. Morte per collasso.
mi uterini	28	26	2	Molti casi di fibroma vennero curati ambulatoriamente col metodo Apostoli e non sono compresi nel presente Rendiconto. Meritano menzione i seguenti casi: N. 49, VI. Fibroma interstiziale della parete anteriore con cistite, ematuria, pielonefrite ascendente. Respinge ogni intervento. N. 15, VII. Fibromi multipli enormi di cui uno partorito in vagina riempie lo scavo. Si rifiuta ad ogni intervento. N. 48, VII. Fibromi interstiziali complicati con insufficienza mitrale. Metodo Apostoli. Miglioramento. N. 27, IV. Fibroma interstiziale della parete anteriore. Metodo Apostoli. Miglioramento. N. 54. V. Fibroma interstiziale. Ablazione degli annessi. Guarigione. N. 83, IV. Fibromi sottosierosi e sottomucosi. Metodo Apostoli. Notevole miglioramento. N. 38. IV. Voluminoso fibroma sottosieroso del fondo uterino con torsione del peduncolo, peritonite, vastissime aderenze omentali, intestinali. Laparomiomectomia con affondamento del peduncolo. Guarigione. N. 81, III. Fibroma interstiziale della parete anterolaterale destro, dilatazione, raschiamento. iniezione di tintura iodica. Cessate le emorragie. N. 35, I. Laparotomia, amputazione sopravaginale dell'utero. Trattamento esterno del peduncolo. Guarigione. N. 42, VII. Tumori fibrosi multipli bilaterali a sviluppo pelvico infraligamentario. Laparomiomectomia. Morte in 8.ª giornata.
Da riportarsi . .	320	315	5	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	320	315	5	
				N. 18, VIII. Fibromi multipli, laparomiomecto Guarigione. N. 26, VII. Fibromi interstiziali del corpo, romiectomia. Guarigione. N. 32, XII. Atresia vulvare, Mancanza della gina. Voluminoso fibroma di corno di bicorne, laparomiomectomia. Morte. N. 80, IX. Fibromi multipli interstiziali e sotto cosi, emorragia recidiva alla castrazione e cura col metodo Apostoli, dolori vivissimi, rectomia. Guarigione. N. 89, X. Cura col metodo Apostoli. N. 90, X. Dilatazione, raschiamento, iniezion tintura iodica. N. 47, XII. Fibromi multipli interstiziali, romiomectomia. Guarigione. N. 53 XII. Fibromi multipli, laparomiomecto Guarigione.
Fibrosarcoma cistico dell'utero	1	—	1	N. 13, VII. Complicato da vastissime ader Laparomiomectomia con affondamento d duncolo, anuria, sopore uremico. Morte in giornata. L'autopsia rilevò una nefrite p chimatosa diffusa.
Adenoma destruente del collo	3	3	—	N. 76, VI. Raschiamento. N. 38, I. Amputazione sopravaginale del Guarigione. N. 40, XII. Amputazione vaginale del collo.
Metrocarcinoma	99	96	3	N. 65, IV. Isterectomia vaginale. Guarigione N. II. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 52, II. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 49, II. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 40, V. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 33 V. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 37, V. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 15, VI. Isterectomia vaginale. Guarigione N. 19, VI. Isterectomia vaginale. Guarigione N. 31, I. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 30, I. Isterectomia vaginale. Guarigione. N. 74, VIII. Isterectomia vaginale. Guarigio N. 72, VIII. Isterectomia vaginale. Guarigio N. 60, XI, Isterectomia vaginale. Guarigione N. 61, XI. Isterectomia vaginale. Guarigione N. 40, XII. Amputazione sopravaginale. Mort setticemia, nel corso della quale si ebbe cheratite parenchimatosa settica acutissim tale. N. 48, XII. Isterectomia vaginale. Guarigion
Da riportarsi . .	423	414	9	

cazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	OSSERVAZIONI
Riporto . .	423	414	9	
				N. 76, XI. Isterectomia vaginale. Guarigione. Sedici furono operate di raschiamento seguito la cauterizzazione col termocauterio di Paquelin o col cloruro di zinco, di queste una morì per pneumonite. Le altre, tranne una morta per uremia, vennnero ricoverate fra le croniche come assolutamente incurabili.
. . . . .	1	1	—	
salpingite	37	37	—	N. 87, VII. Associata ad epilesssia, ablazione degli annessi. Guarigione. Continua l'epilessia attenuata. N. 71, V. Laparotomia. Si libera la sacca marciosa tubaria di destra da aderenze coll' omento e coll' intestino che la ricoprivano. Aspirazione col Potain. Incisione, sutura dei bordi al peritoneo parietale. Guarigione. N. 80, III. Trattata col metodo Apostoli, notevole miglioramento. N. 27, V. Idrosalpinge a destra, piosalpinge a sinistra aperto nel retto, laparotomia. Ablazione degli annessi a destra, salpingotomia, sutura, drenaggio a sinistra. Guarigione dell'ammalata e della fistola pio-rettale. N. 92, XI. Idrosalpingite con aderenze estese intestinali, mesenteriche, pelviche. Ablazione degli annessi. Guarigione. In quattro casi venne fatto il raschiamento.
aro salpingite . . .	39	39	—	N. 58, XII. Laparotomia, ascesso peritubario. Guarigione.
pinge bilaterale . .	1	—	1	N. 44, VIII. Associato a vasto ascesso peritoneale, ablazione degli annessi. Morte per sepsi acutissima.
ıetrite.	17	17	—	
ati di perimetrite .	13	13	—	In un caso venne praticato il raschiamento. N. 46. Riusciti infruttuosi tutte le cure praticate, a lenire le gravissime sofferenze, isterectomia, guarigione.
ıati di parametrite .	3	3	—	N. 50, II. Aderenze parametriche posteriori con esageratissima antiversione, disuria, amputazione sopravaginale del collo. Guarigione.
eritonite.	3	3	—	N. 79, X. Incisione vaginale col trequarti e col metodo di Laroyenne. Guarigione. N. 75, IV. Incisione vaginale dello spazio del Douglas. Guarigione. N. 83, I. Incisione per la via vaginale. Guarigione.
Da riportarsi . .	537	527	10	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	537	527	10	
Ascesso pelvico con fistola piostercoracea . .	1	1	—	N. di reg. 57. Non accetta l'operazione propo
Ematocele.	8	8	—	N. 66 VIII. Laparotomia. Guarigione.
Ascite	1	1	—	N. di reg. 51, XII, 89. Ascite d'origine dub laparotomia il 17 gennaio 1890. Sospettato patite interstiziale, cura lattea, ioduro. Esce marzo senza presentare riproduzione.
Tubercolosi peritoneale. .	5	5	—	N. 82, I. Laparotomia. Guarigione. N. 38. V. Laparotomia. Guarigione. N. 73, XI. Laparotomia. Guarigione.
Carcinosi peritoneale. . .	1	1	—	N. 46, XII. Laparotomia esplorativa. Guarita l'operazione, trasportata nelle croniche.
Cancro dell'omento. . . .	3	2	1	N. 41, V. Ascite, versamento pleurico a des emaciamento estremo, toracentesi il 9 mag laparatomia esplorativa il 14. Per l'estesa i trazione dell'intestino riconosciuta l'impo bilità di esportare il neoplasma. Morte per gressivo esaurimento in ottava giornata.
Osteosarcoma della pelvi.	1	1	—	
Seno fistoloso addominale da pregressa laparotomia	1	1	—	
Linfo adenoma del mesenterio.	1	1	—	N. 16, II. Laparotomia, peritonite diffusa ades ceppo mesenterico, duro, ispessito e ingross formante tumore per l'agglutinamento delle pieghe. Guarigione dall'operazione. Notevole glioramento locale e generale.
Tumori ovarici	28	24	4	N. 62, I. Entra in condizioni gravissime e m due giorni dopo l'ingresso senza essere oper N. 17, VI. Carcinoma ovarico bilaterale con nomeni di strozzamento intestinale lentam aggravantisi che si attribuiscono ai tumori, riotomia bilaterale circondata da gravi d coltà. Continuano i fenomeni di strozzame Morte. L'autopsia dimostrava infiltrazione cerosa del colon ascendente per 8 cent. v l'alto dalla valvola del Bauhin, che occlud quasi completamente il lume intestinale. N. 47, VI. Cistoma ovarico destro, laparoto Guarigione. N. 76, V. Cistoma ovarico destro, laparot. Gua N. 77, V. Cisti ovarica destra papillomatosa a luppo infraligamentario, laparotomia, snuc mento, tamponamento e drenaggio con g iodoformica, fenomeni di intossicazione io formica. Guarigione.
Da riportarsi . .	587	572	15	

zione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	OSSERVAZIONI
Riporto . .	587	572	15	
				N. 66, V. Rottura spontanea della cisti, ovariotomia. Guarigione. N. 31, V. Cisti ovarica destra con torsione del peduncolo, peritonite, emorragia endocistica, anemia gravissima, ovariotomia. Guarigione. N. 50, V. Cistoma ovarico sinistro, ovariotomia. Guarigione. N. 35, IV. Cisti del legamento largo sinistra. Non volle essere operata. N. 87, III. Cisto carcinoma ovarico sinistro, telangectasico con emorragia endocistica. Prolasso completo utero-vaginale, ovariotomia. Guarigione. N. 86, III. Cisto adenoma papillare destro complicato ad ascite, ovariotomia. Guarigione. N. 35, II. Tumore ovarico sinistro, complicato a carcinoma del canale cervicale. Si rifiuta alla operaz. proposta, ovariotomia ed isterectomia. N. 34, I. Cisti ovarica destra a sviluppo infraligamentario. Si rifiuta ad ogni intervento. N. 95, VI. Carcinoma ovarico con diffusione secondaria al peritoneo, ascite, versamento pleurico, toracentesi ripetuta, riproduzione rapida del liquido, passa nelle croniche. N. 52, VII Cistoma ovarico destro, aderenze diffuse parietali e viscerali, ovariotomia. Guarigione. N. 44, VII. Cistoma ovarico destro in gran parte a sviluppo infraligamentario, laparotomia, snucleamento. Guarigione. N. 43, VII. Cisti multiloculare destra a sviluppo infraligamentario, laparotomia, snucleamento, tamponamento colla garza iodoformica. Guarigione. N. 32, VII. Enorme tumore ovarico complicato a gravidanza in sesto mese, ovariotomia. Guarigione e continuazione della gravidanza. N. 58, VIII. Carcinoma utero-ovarico, diffuso al peritoneo ed alla vagina. Passata nelle croniche. N. 3, VIII. Carcinoma ovarico con ascite. Ovariotomia doppia, resezione di estesi lembi di peritoneo parietale invasi da nodi cancerosi. Guarigione. N. 50, IX. Cistoma ovarico destro a peduncolo molto largo e breve, ovariotomia. Morte per emorragia. N. 57, XI. Cistoma ovarico destro, rottura al momento del parto, peritonite diffusa, collasso, ovariotomia in condizioni gravissime. Guarigione. N. 95, X. Carcinoma ovarico bilaterale, ovariotomia. Guarigione.
Da riportarsi . .	587	572	15	

Indicazione della malattia	Numero delle ricover.	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	587	572	15	
				N. 93, X. Cistoma ovarico destro, ovariotom. Guarigione.
				N. 63, X. Carcinoma ovarico con diffusione secc daria al peritoneo, versamento pleurico bila rale, partì senza essere operata.
				N. 23, XI. Carcinoma ovarico con diffusione s condaria al peritoneo ed al fegato. Muore poc giorni dopo l' ingresso, l' autopsia conferma diagnosi.
				Le altre due donne affette da tumore ovarico rifiutarono all' operazione.
Totale . .	587	572	15	

Operazioni.

Riunisco nel seguente quadro le operazioni eseguite nelle diverse sezioni:

Operazioni di chirurgia generale.

Escisione di tumore fibroso sottocutaneo dolente	N. 1
Estirpazione di ganglio tendineo suppurato	» 1
Artrectomia del cubito	» 1
Incisione di ascesso da periostite femorale	» 1
Incisione di ascesso della fossa ischio rettale	» 1
Toracentesi	» 5
Incisione di ascessi mammari	» 12
Totale . . .	N. 22

Operazioni ostetriche.

Interruzione artificiale della gravidanza.	N. 16
Forcipe	» 6
Rivolgimento	» 2
Isterostomatomia.	» 2
Estrazione manuale della placenta	» 3
Raschiamento per ritenzione di resti ovulari	» 43
Taglio cesareo post mortem	» 2
Totale . . .	N. 74

Operazioni ginecologiche.

Incisione di trombi vulvo vaginali	N.	2
Incisione di ascesso della ghiandola di Bartolini	»	1
Esportazione di tumore fibro cavernoso del meato urinario	»	1
Esportazione di carcinoma della vulva	»	2
Esportazione delle grandi e piccole labbra ipertrofiche	»	1
Perineorafia	»	11
Chiusura della vulva	»	1
Fistola cisto vaginale	»	2
Colporafia anteriore	»	24
Colporafia posteriore	»	5
Colpoperineorafia	»	13
Esportazione di fibroma della vagina	»	1
Esportazione di cisti vaginale	»	1
Operazione di Emmet	»	5
Discissione del collo	»	9
Riduzione di retroversioni fisse colle manovre di Schultze	»	6
Raschiamento per endometrite o sola od associata ad altri stati morbosi	»	99
Raschiamento per adenoma destruente	»	1
Raschiamento per carcinoma	»	2
Esportazione di polipi placentari	»	1
Esportazione di polipi fibrosi	»	10
Operazione di Alexander	»	6
Amputazione vaginale del collo	»	29
Amputazione sopravaginale del collo	»	3
Incisione di ascessi pelvico addominali		
a) per via addominale	»	14
b) per via vaginale	»	3

Laparotomia

a) a scopo esplorativo	N.	3	75
b) per ascite	»	1	
c) per tubercolosi peritoneale	»	3	
d) per ematocele	»	1	
e) per peritonite puerperale	»	1	
f) per isteropexi	»	4	
g) per amputazione di utero inverso	»	1	
h) per isterectomia (vaginale)	»	23	
i) per gravidanza extrauterina	»	1	
l) per ablazione degli annessi	»	10	
m) per tumori ovarici	»	18	
n) per fibromi uterini e fibro sarcomi	»	9	
Totale	N.	328	

Totale delle operazioni N. 424.

Mortalità generale.

Sezione nutrici	Ricoverate	N.	54	Morte	N.	0	Procento della mortalità	0
Sezione Gravide	»	»	156	»	»	15	»	9.61
Sezione Puerpere	»	»	225	»	»	21	»	9.33
Sezione Ginecologica	»	»	587	»	»	15	»	2.55
Totale	»	»	1022	»	»	51	»	4.99

La causa della morte è indicata dal seguente specchio:

	Sezione gravide	Sezione puerpere	Sezione ginecologica	Totale
Broncopolmonia	1	—	—	1
Pneumonite	1	1	2	4
Tubercolosi polmonare	4	1	—	5
Pleuro-polmonite	—	1	—	1
Cachessia palustre	1	—	—	1
Endocardite	1	—	—	1
Dissenteria	—	1	—	1
Strozzamento intestinale da carcinoma	1	—	1	2
Carcinosi diffusa	—	—	1	1
Nefrite	1	—	—	1
Eclampsia	1	—	—	1
Uremia	1	—	3	4
Scottature	1	—	—	1
Meningite tubercolare	1	—	—	1
Suicidio	—	1	—	1
Collasso	1	—	1	2
Esaurimento	—	—	2	2
Setticemia	—	12	4	16
Emorragia	—	—	1	1
Peritonite	—	4	—	4
	15	21	15	51

La causa più frequente di mortalità è rappresentata dunque dalla setticemia, alla quale è addebitabile un terzo circa della mortalità totale. È però a notarsi che, delle *sedici* donne morte di setticemia, *dodici* appartengono alla *Sezione puerpere*, alla sezione cioè in cui vengono accolte le puerpere che sono già affette da malattie settiche puerperali gravi. Per cui *tale numero rappresenta piuttosto il numero delle affezioni settiche che l'arte non riuscì a guarire.*

Mortalità operatoria.

I casi in cui la morte deve addebitarsi all'operazione sono in numero di sette, come ognuno può convincersi colla lettura delle osservazioni compendiate.

N. 5, VI. Polipo enorme	*Morcellement* per vaginam	Morte per collasso
N. 42, VII. Fibromi a sviluppo infraligamentario	Laparomiomectomia .	Morte per setticemia
N. 32, XII. Fibroma uterino . . .	Idem	Morte per setticemia consecutiva a laparatomia secondaria per emorragia.
N. 13, VII. Fibromioma cistico dell'ut.	Idem	Morte per uremia
N. 40, XII. Metrocarcinoma . . .	Amputazione sopraginale del collo . .	Morte per setticemia
N. 44, VIII. Piosalpinge bilaterale con peritonite	Salpingectomia . . .	Morte per setticemia
V. 50, IX. Cistoma ovarico	Ovariotomia	Morte per emorragia

Due morti dunque spettano all'insieme delle operazioni non laparotomiche e cinque alla laparotomia. Includendo fra le operazioni laparotomiche, sull'esempio di Lawson Tait e di Ruggi, anche le isterectomie vaginali, abbiamo una mortalità *operatoria* laparotomica del 6. 66 0[0. Che se ai cinque casi accennati di morte vogliamo aggiungere anche le due osservazioni N. 67, VIII e 17, VII, nella prima delle quali l'apertura del ventre venne fatta in condizioni disperate per rottura di sacco di gravidanza tubaria, emorragia e peritonite successiva e nella seconda la morte fu dovuta alla stenosi da carcinoma intestinale, la mortalità brutta laparotomica è del 9. 33 0[0.

Riguardo alla tecnica operativa essa non subì notevoli variazioni riguardo all'anno antecedente. Debbo solo fare notare:

a) che la seta conservata nella soluzione di sublimato nell'alcool assoluto al 2 0[00 costituì quasi l'esclusivo materiale di legatura;

b) che l'antisepsi lasciò maggior campo all'asepsi;

c) che la narcosi cloroformica venne preceduta quasi sempre dalla iniezione sottocutanea morfio-atropinica;

d) che in molte laparotomie si adottò per l'operanda la porzione di Trendelenburg.

Alla fine di questa esposizione sommaria non sono inutili alcuni confronti coll' anno antecedente. Quantunque la statistica enunciata possa collocarsi fra le migliori, non intendo fare paragone coi risultati ottenuti in altre cliniche rispetto ai risultati delle operazioni laparotomiche come è vaghezza di fare. È troppo facile nel campo laparotomico dilagare con un gran numero di casi facili la statistica dei pochi casi gravi, e più lo fanno i chirurghi avvezzi ai facili trionfi. Mi limito a notare come nel Comparto Ginecologico dell' Ospedale Maggiore avvenga una selezione in senso inverso. Lo dimostrano per esempio i casi di ovariotomia, fra i quali spesseggiano quelli maligni, quelli a sviluppo infraligamentario, quelli complicati da accidenti gravi. Restando all'esempio dei tumori ovarici è singolare appunto come sopra 18 ovariotomie cinque spettino a tumori maligni, tre a tumori a sviluppo infraligamentario, quattro a tumori complicati da accidenti gravi e minacciosi. Più interessante è il confronto coi quindici mesi antecedenti, di cui ha fatto il rendiconto uno de' miei assistenti, il dott. Decio (1).

		Quindici mesi Ottobre 1888 - Dicembre 1889	Anno 1890
Sezione gravide . .	N. delle ricoverate . . .	146	156
» puerpere . .	Idem . . .	252	225
» nutrici . .	Idem . . .	76	54
» ginecologica	Idem . . .	722	587
	Totale delle ricoverate. . .	1196	1022

Coll' aumento del numero delle ricoverate è aumentato il numero delle operazioni, che da 365 nei primi quindici mesi, sale a 424 nel 1890, mentre diminuisce la mortalità generale, la quale conservandosi 0 nelle Sezione Nutrici, discende dal 12. 39 al 9. 65 0[0 nella Sezione Gravide, dal 12. 65 al 9. 33 0[0 nella Sezione Puerpere, dal 3. 85 al 2. 55 0[0 nella Sezione Ginecologica, e in modo specialissimo quella operatoria, poichè mentre nel periodo antecedente si hanno *sedici* morti imputabili all'operazione sopra 365 operazioni, nel 1890 non ne abbiamo che *sette* sopra un totale di 424 operazioni.

(1) Decio. « I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1890.

ISTITUTO ANATOMICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. Cav. **Giovanni Zoja.**

SECTIO MEDIA VERTICALIS ANTERIOR POSTERIOR

per cadaveris congelationem secto mense graviditatis

DESCRIPTA A DOCTORE **J. SOFFIANTINI**, SECTORE PRIMARIO.

Mediolani in aedibus Ulrici Hoepli MDCCCXCI.

Apparteneva il cadavere a C. C. d'anni 21, III para, e, dalla sezione, risultò che aveva una vertebra ed una costa in più, la quale anomalia numerica vertebro-costale per eccesso fu osservata eziandio nel feto ed in una bambina di anni 3 1|2 appartenente alla stessa madre.

Il congelamento fu praticato mantenendo il cadavere in posizione eretta in apparecchio metallico a triplice parete, foggiato a calorimetro, adoperando il miscuglio frigorifico di cloruro di sodio e neve, e previa la iniezione dei vasi alla Erdöss.

Le misure instituite prima del congelamento furono le seguenti:

Dal vertice alla pianta de' piedi metri 1. 54.
Circonferenza addominale a livello dell'ombelico millim. 675.
Dalla sinfisi pubica al fondo dell'utero millim. 165.
Dalla spina iliaca antero-superiore millim. 140.
Dalla sinfisi pubica alla cicatrice ombelicale millim. 160.
Dal centro di questa all'apice della xifoide millim. 170.

Prima della sezione, onde facilitare il compito, venne con un taglio orizzontale separata la testa dal tronco, passando attraverso il corpo della quinta vertebra cervicale. Indi assicurato il torso ad una morsa da falegname, si praticò la sezione mediana con una sega ad arco appositamente foggiata.

Delle due metà del tronco vennero fatti i disegni all' acquarello, e della metà sinistra si fecero le fotografie prima e dopo la ricomposizione del feto, come pure di questa ultima venne fatto il modello in cera variamente colorato, ed il tutto si conserva nell' Istituto. Compiute tutte queste operazioni, i due pezzi vennero immersi in alcool a 90.° dove si conservano tuttora.

Passando sopra gli organi contenuti nelle due cavità splancniche comprese nella sezione faremo osservare come questa si possa dire mediana in quanto che lo speco vertebrale fu aperto in tutta la sua estensione ed il midollo spinale tagliato quasi per metà in tutta la sua lunghezza, come pure fu sezionata quasi sulla linea mediana la cervice uterina.

Le misure del bacino ci diedero: conjugata vera centim. 11. 856, altezza della sinfisi pubica millim. 38.

Diametro cocci-pubico centim. 9. 360.

Angolo d' inclinazione del bacino 74.°

Distanza dal promontorio alla punta del coccige millim. 110.

Nella sezione dell' utero è bene manifesto il segmento inferiore (anello del Bandl).

Il feto è di sesso femminile, del peso di grammi 660, in presentazione di vertice, in posizione O. I. S. A.

Le misure sono:

Dal bregma alla pianta de' piedi millimetri 310 (diametro cefalopodalico).

Dal bregma al coccige millim. 200.

Diametro antero-posteriore (fronte-occipitale) millim. 64.

Diametro biparietale millim. 54.

Curva antero-posteriore millim. 110.

Curva trasversale millim. 130. Circonferenza millim. 200.

Il liquido amniotico misurava 700 c. c.

La placenta inserita quasi al centro della parete anteriore misura 11 centim. nel diametro longitudinale (sul piano di sezione), 32 millim. nel diametro trasversale. Il funicolo ombelicale è lungo 20 centim.

Ho fatto nel testo, che va unito alle grandi tavole, dei raffronti colle opere dello stesso genere pubblicate da Braune, Chiara, Chiari, Schroeder, Waldeyer, Von Saexinger, Winter, Barbour e Braune-Zweifel.

Ho dovuto astenermi dal trarre conclusioni, perchè oltre avere da-

vanti un periodo di gravidanza non ancora da altri studiato, per quanto è a mia cognizione, si aveva pure a fare con una anomalia numerica vertebro-costale per eccesso.

Trovai invece un' anomalia numerica vertebrale per difetto nell'opera dello Schroeder, la quale anomalia confermata dal mio chiariss. maestro direttore dell'Istituto, ebbi poi il piacere di vedere osservata eziandio da Braune-Zweifel a pag. 21 della recente pubblicazione « Gefrierdurschnitte in systematischer Anordnung durch den Körper einer Hochschwangeren geführt von Braune W. u. Zweifel P. » Leipzig 1890; ed ho cercato di rispondere alle obbiezioni sollevate di una esagerata concavità o curvatura sacro-coccigea, la quale osservai quasi identica nella sezione di von Saexinger (Gefrierdurchschnitt einer Kreisenden-Tübingen 1888), e tanto più in quella recentissima di Braune-Zweifel (l. c.)

L'opera illustrata da sei grandi tavole in cromolitografia ed in nero e tradotta in latino ha visto in questi giorni la luce per cura dell'editore U. Hoepli di Milano.

RASSEGNA

CHAMBRELENT. — **Etude clinique sur l'atrophie congénitale ou acquise des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.** — *Annales de Gyn. et Obst.* Août 1890.

Di fronte alle viziature pelviche assai studiate e dipendenti dalle alterazioni coxofemorali, l'A. studia le lesioni pelviche che ponno accompagnare le atrofie congenite od acquisite delle estremità inferiori nei primi anni di vita. Le lesioni atrofiche osservate dall'A. possono dividersi in 3 classi:

1.° Paralisi atrofica dell'infanzia.

2.° Lesioni ossee delle estremità inferiori sopravvenute nella infanzia.

3.° Lesioni congenite.

Indi sono esposte dieci osservazioni, le quali rappresentano un numero di 25 gravidanze e parti, in donne affette da atrofia più o meno manifesta delle estremità inferiori. Si notarono solo 3 casi di parto prematuro, le cui cause però erano all'infuori della deformità, per cui l'A. dà poco peso al traumatismo costante che consegue allo zoppicamento come causa di aborto. Solo 2 volte si osservarono accidenti complicare la gravidanza, una emorragia in donna VI para, le cui gravidanze e parti antecedenti erano stati normali, mentre nell'altro caso si trattò di esacerbazioni di accessi epilettici. Sopra 22 casi in cui il parto fu a termine, vi fu un solo intervento ostetrico (operazione cesarea), i 21 altri casi rimanenti terminarono in modo spontaneo ad onta di viziature pelviche più o meno pronunciate. Se adunque, conclude l'A. non si deve preoccuparsi oltre misura della fine della gravidanza nelle donne sciancate per atrofia delle estremità inferiori, pur tuttavia l'accurato esame del bacino è un dovere per l'ostetricante. Il puerperio non offerse fenomeni di maggiore gravezza di un puerperio di donna ben conformata. Non fu mai notato nel neonato alcun vizio di formazione in rapporto collo stato materno. DECIO.

C. MASSARENTI. — **Frammenti di statistica ostetrica, di chirurgia e di ginecologia.** — Bologna, 1890.

L'A. fa la rassegna dei casi ostetrici occorsi negli ultimi mesi dell'anno 1889 nella maternità da lui diretta, e svolge numerose considerazioni intorno alla dia-

gnosi, patogenesi, cura e profilassi delle distocie, della gravidanza e del parto, esponendo il proprio modo di pensare riguardo a parecchie questioni.

In una seconda parte ricorda interessanti osservazioni di chirurgia generale occorsegli dal 1847 al 1877 e per lo più già pubblicate, ed infine parla delle norme pratiche adottate nell'ambulatorio da lui diretto, e che sono spesso improntate ad originalità.

Dott. F. Villa.

P. I. Möbius. — **Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis** *(Contributo allo studio della nevrite puerperale).* — *Münch. Med. Wochenscrift,* N. 14, 1890.

Già da tre anni l'A. ha descritto (*Münch. Med. Wochenschrift,* 1887, n. 9), come forma a sè quella nevrite che si sviluppa in puerperio e particolarmente dopo il puerperio morboso. La nevrite, da lui detta puerperale, colpisce i nervi delle braccia, e d'ordinario, i filetti terminali del nervo mediano, dell'ulnare o d'ambedue, invadendo tanto i rami motori che i sensitivi. Spesso si ridestano nelle braccia violenti dolori. Dopo un tempo più o meno lungo subentra un periodo di calma, poi la guarigione. Tale è la nevrite osservata in sette casi dall'A.

Nel decorso anno una nuova osservazione venne a confermare e completare le precedenti. Si trattava di una donna di 30 anni, precedentemente sana, che aveva partorito due volte anzi termine, ed una un bambino sano, tuttora vivente. Al 20 gennaio 1889 si era nuovamente sgravata di un bel bambino dopo una gravidanza felice: parto non difficile, puerperio regolare; la paziente crede di non avere avuto febbre. Nella quarta settimana del parto si era manifestato uno stiramento doloroso nella mano sinistra e il tendine flessore del terzo dito, il quale era lievemente incurvato, appariva nel cavo della mano come un cordone distinguibile: bentosto anche le mani divennero sede di sensazioni moleste ed urenti e la forza venne del tutto a mancare: due settimane dopo fenomeni identici alle anche ed alle coscie.

La prima visita ebbe luogo il 2 maggio: la donna era di media grandezza, sottile, pallida. Le magre braccia si potevano bensì muovere in ogni senso, ma la loro forza era molto esigua, e tutti i muscoli ne erano rilasciati: la pressione della mano, appena percettibile, non muoveva l'ago del dinamometro. La mano destra era ancora più debole che la sinistra (la paziente era mancina): l'ingrossamento tendineo rammentato nell'anamnesi persisteva ancora in lieve grado. Non si fece l'esame elettrico: allo stimolo meccanico i muscoli rispondevano con vivace contrazione, non anestesia: riflessi tendinei conservati alle braccia. Anche le gambe erano assai magre e deboli, tantochè la donna poteva a pena cammi-

nare; non esisteva però rattrappimento od atrofia muscolare, i muscoli dei polpacci erano assai sensibili alla pressione e persisteva il fenomeno del ginocchio. I lagni della paziente riguardavano la debolezza degli arti e le parestesie nelle mani e nelle coscie. Nulla di abnorme nel resto.

Ritenuta possibile una causa celtica, l'A. prescrisse senza risultato una cura jodica. Più tardi subentrò un lento miglioramento; scomparvero prima le parestesie e la debolezza degli arti inferiori, quindi quelle delle mani. Dopo un soggiorno alla campagna ritornò in buono stato, ma nel novembre ammalò di nuovo per cefalea, cardiopalmo, ambascia, insonnia: delle prime manifestazioni erano ricomparse solo le turbe alle coscie. Consigliata ad entrare in un ospedale, vi fu giudicata nevrastenica e curata con fenacetina. Venne dimessa guarita dopo parecchie settimane. L'A. la rivide di nuovo nel febbraio, mentre si era strapazzata di molto nelle faccende domestiche. Le braccia erano assai magre, sensibile il plesso brachiale alla pressione: nel resto non v'era nulla di notevole.

Anche in questo caso si trattava adunque di una malattia nervosa, insorta rapidamente dopo il parto senza altra causa, che aveva invaso sopratutto i muscoli interossei, ma, a differenza degli altri casi, gli arti inferiori non erano stati risparmiati. La larga espansione della malattia non deve meravigliare perchè tutte le diverse forme di nevrite possono generalizzarsi: diversa è la tendenza ad espandersi, parecchie nevriti invadono quasi sempre tutte le 4 membra, altre rimangono di regola limitate a pochi rami nervosi e si generalizzano solo in casi eccezionali; a questa appartiene la nevrite saturnina.

Sulla natura del veleno, l'A. nulla può dire: si può trattare di un veleno proveniente dall'esterno e da abnormi prodotti del ricambio materiale: inclinato in principio a collegare la nevrite puerperale con una infezione puerperale, non riuscì a trovare l'esistenza di questa, ed il caso ora narrato ne fa fede. In favore della possibilità che il veleno si elabori nel corpo parlano anche due osservazioni di nevrite in gravidanza: in entrambe eravi stato vomito ostinatissimo ma questo l'A. non può ritenere come causa. I lavori intorno alla localizzazione di questa nevrite gravidica non sono molto esatti, tuttavia le manifestazioni differiscono alquanto da quelle della puerperale. La prima storia è del dott. Withfield (*Lancet*, I, 13, 1889). Si tratta di multipara che ebbe nella settima gravidanza vomiti straordinariamente violenti. Circa quindici giorni prima del parto, senso di freddo, debolezza agli arti inferiori e senso di ottundimento della sensibilità, parto normale: dopo sei giorni dolori alle mani ed ai piedi, rattrappimento degli arti, flessione delle dita, mancanza dei riflessi, sensibilità alla pressione dei nervi. Dopo poco tempo miglioramento progressivo.

L'altra storia raccolta dai dott. Desnos Joffroy e Pinard e pubblicata dal Feréol (*Bull. de l'Acad.* 3, S. XXI, 2 p. 44, 1889), riguarda una donna indebolita da due precedenti gravidanze e da una metrite emorragica. Durante la terza gra-

vidanza, vomito ostinatissimo ed alla fine del 4° mese atrofia muscolare prima delle gambe poi delle mani; inalterata la sensibilità, non reazione degenerativa, non parestesie, non dolori. Nessuna turba da parte della vescica o del retto. Si provocò il parto prematuro e dopo soggiorno ripetuto alla campagna, la paziente si poteva considerare guarita: della atrofia muscolare non è più data alcuna notizia.

Dott. R. Polacco.

H. Lindner. — **Ueber Vanderniere** (*Sul rene mobile.*) — *Münch. Med. Wochenschr.*, N. 15, 1890.

L'A. convinto che la questione del rene mobile sia di quelle che rivestono in questi tempi particolare interesse, reputa non inutile, in aggiunta alla propria precedente monografia (Die Wanderniere der Frauen, Berlin und Neuwied, 1888) di gettare uno sguardo critico sulla letteratura più recente aggiungendo le proprie nuove idee, confermino esse o contradicano eventualmente le precedenti.

La statistica da lui data che si riscontri quasi una donna su sei affetta da rene mobile, benchè contraddetta da molti come esagerata, viene sostenuta anche da ricerche anatomo patologiche (Von Fischer-Benzon « Ein Beitrag zur Anatomie und Aetiologie der beweglichen Niere » Kiel, 1887) che diedero l'identico risultato, senza contare che un grande materiale clinico dello scorso anno permette di considerare tale cifra come troppo ristretta. — Tutte le condizioni sociali forniscono press' a poco un' uguale contingente a questa alterazione. Già l'A. ha osservato che nè gli sgravi frequenti nè la cattiva cura dei puerperii nè le gravi fatiche corporali possono figurare come cause determinanti: tutte però possono ritenersi cause coadiuvanti. Le nuove ricerche gli hanno provato come vi sia un gran numero di donne che, senza avere partorito mai od eseguito lavori faticosi, mostrano reni assai mobili: ed infatti, dai casi raccolti erano affette da rene mobile:

26	donne	da	15	a 20	anni
96	»	»	21	» 30	»
69	»	»	31	» 40	»
24	»	»	41	» 50	»
3	»	»	51	» 70	»

ed avevano partorito	0	volte	72
	1	»	36
	2	» o più	101

Se a questi dati si aggiunga che certamente le donne nubili e le giovani spose si sottopongono assai meno frequentemente e facilmente che le multipare

a visite e ad esplorazioni, risulterà luminosamente provato che il numero dei parti e le loro conseguenze non sono così importanti come si credeva nella eziologia della malattia.

Sono molto importanti per la spiegazione di questo fatto le ricerche di Weisker (« Bemerkungen über den sogenannten intraabdominalen Druck. Schmidt's Jahrb. » CCXIX, pag. 277) sulla pressione addominale, perchè si riteneva che una considerevole pressione su tutti i visceri fosse garanzia della loro permanenza nel sito normale e, dove questa pressione si abbassa o diviene negativa, come nel rilasciamento delle pareti addominali, ventre pendulo ecc., là appunto si esercitasse una azione sfavorevole sugli organi addominali e particolarmente sui reni. Weisker ora prova che una pressione intraddominale non esiste, od almeno esiste, solo là dove si può addimostrare una pressione esercitata dalle pareti, mentre tutto il resto appartiene agli effetti della gravità, della pressione idrostatica e delle circostanze anatomiche. Non si effettua quindi neppure un'abbassamento della pressione endoaddominale od una pressione negativa. — La spiegazione più pratica della causa di dislocazione renale è data da Fischer Benzon (loc. cit.) e da Riemann nella dissertazione: « Ueber den Zusammenhang von Nierendi slocation und Magenerweiterung. » (Kiel 88), e confermata poi da Bartels ed altri con dati anatomo-patologici: che in causa della strettura o della pressione esercitata sulla apertura inferiore del torace dagli abiti stretti al corpo, viene spinto in basso il fegato e con esso i reni. — Ma considerando che pressochè in tutti i cadaveri di donna si riscontrano siffatte alterazioni, risulta strano come il rene mobile non sia più frequente, mentre d'altra parte rimane inesplicato il gran numero di reni spostati che si riscontra negli uomini che pure in gran parte non portano cinture ma bretelle, come pure non si spiega la presenza di reni mobili in giovani fanciulle. È per ciò che l'A. non può sottoscrivere a questa opinione mentre d'altra parte anche i traumi non possono essere considerati come cause determinanti specialmente perchè l'allungamento dei vasi necessario allo spostamento dell'organo non può effettuarsi di colpo.

Una spiegazione particolare della produzione del rene migrante diede il Litten nel 6.° congresso di medicina interna « sui mutui rapporti delle malattie dello stomaco e delle ectopie del rene destro. » — Secondo tale spiegazione, la distensione dello stomaco trarrebbe il rene in alto ed in avanti. Ma ciò secondo l'A. non sarebbe che una confusione tra causa ed effetto, e dopo di lui Riemann che ripete le idee del Quiucke è pure insorto contro la spiegazione del Litten. Questi inoltre avrebbe considerato la dislocazione del rene verso l'innanzi, in alto ed un po' all'esterno come una forma non ancora notata di dislocazione renale, mentre l'A. l'avrebbe riscontrata per lo meno nel 75 p. c. dei casi. Nessun'altro lavoro degno di nota è fin'ora comparso per quanto consti all'A. riguardo all'eziologia.

Una particolare memoria dello Schultze merita ora di essere nominata: « Il rene mobile. Ricerche statistiche sulla eziologia. » All' A. non ne risulta ben chiaro lo scopo perchè oltre a 90 storie raccolte presso tutti i popoli e da tutti i tempi, contiene 10 (!) brevi proprie osservazioni policliniche trascurando affatto i recenti lavori sopra accennati.

Fu particolarmente criticata l'idea dell'A. che un particolare fetore esali dalla bocca delle persone affette da rene mobile, sicchè questo solo indizio guidi talvolta, prima del metodico esame, alla giusta diagnosi; ad ogni modo la cosa rimane tal quale e può essere verificata da chiunque: che si tratti di un odore dovuto a decomposizione verificantesi nello stomaco e comune quindi ad altre malattie, è possibile, ma il fatto che esso si riscontra con particolare frequenza nel rene mobile, rimane tal quale, e può guidare alla ricerca di questa anomalia.

Per ciò che riguarda le critiche a lui fatte sulla opinione che il rene mobile eserciti una notevole influenza sulla menstruazione, l'autore le accetta riconoscendo che talvolta l'applicazione di una benda serrata a corpo o la cura di malattie esistenti nell'apparecchio genitale migliora le condizioni menstruali, rimangono però fatti in cui, specialmente per la solidità e resistenza della parete addominale, tali spiegazioni vengono escluse.

Una questione che offre interesse anche per la patologia del rene mobile, fu recentemente più volte ventilata, ed è quella della patogenesi della idronefrosi e particolarmente della idronefrosi intermittente e l'A. ritiene che, giusta le conclusioni di Landau, il rene migrante vi abbia influenza. Così pure la così detta compressione del rene mobile attribuita dal Landau a torsione della vena renale, si deve piuttosto ritenere come una torsione dell'uretere accompagnata a stasi delle orine nel bacinetto renale mentre la idronefrosi intermittente sarebbe appunto, contrariamente alle idee del Landau (*Berl. Klin. W.*, 1888, pag. 46) conseguenza di una cronica e lenta compressione; la idronefrosi intermittente non è così rara come ritengono taluni, e frequentemente la si riscontra in modico grado; ma anche la forma non intermittente è tull'altro che rara, tantochè l'A. ritiene che, dove non esistano anomalie congenite, il rene mobile ne figuri come la causa più frequente, tanto più che coloro che ne sono affetti in grado leggiero, sopportano tranquillamente questo incomodo, sopratutto con un bendaggio bene applicato, e rifiutano qualunque più attivo intervento. Ed infine l'A. ha pure osservato che talune volte la diagnosi differenziale di tumore renale e di tumore od alterazione del fegato e della vescica biliare od altro è realmente difficile.

Nelle nuove pubblicazioni la parte più importante è data alla terapia e più precisamente alla terapia chirurgica. Sulla cura ortopedica solamente il Niehans ha pubblicato un piccolo lavoro nel quale (*Cent. bl. f. Chirurg.*, 1888, p. 209), descrive una nuova fascia costrutta secondo i principi di quelle per le ernie della quale si è servito con vantaggio nei casi più gravi. L'A. consiglia anzitutto una

semplice ventriera che, ove non si tratti di pareti addominali molto rigide, fa portare senza cuscini: questa sola basta molto spesso ad evitare atti operativi. Quanto al biasimo a lui fatto per avere consigliato prontamente la nefrectomia ove riescano inutili i bendaggi, l'A. avverte anzitutto come uno dei più eminenti chirurghi giovani sia affatto del suo parere, predice che, riguardando egli la nefrorafia come inutile e malsicura è pronto a ritirare la propria opinione quando si provi che la nefrorafia, migliorata per ciò che ne riguarda la tecnica, dia utili risultati: bisogna però che questi durino da un anno almeno, e finora, malgrado il grande numero di contributi clinici, la questione non è decisa. E un caso a lui recentemente avvenuto, di un'individuo che, operato in febbraio aveva nel giugno il rene destro nuovamento spostato e mobile, glie lo comprova. Del resto anche l'esame della recente casuistica non può che confermarlo in queste sue vedute perchè dei 55 casi esposti nel lavoro di Frank (Sulle esperienze fatte fin'ora riguardo alla nefrorafia, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, n. 9-11) 12 riuscirono male, mentre anche Hahn su 12 casi con osservazione di oltre un anno registrò 3 insuccessi senza notare che i casi registrati dal Frank dopo una osservazione di poche settimane o mesi non offrivano alcuna sicurezza riguardo alla recidiva. Recentemente da osservatori francesi furono fatte nuove esperienze non però atte a destare soverchia fiducia. Wanneufville (« De la Nephrorraphie. » Paris 1888) operò incidendo la capsula adiposa e propria, Tuffier (« Etudes experimentales sur la Chirurgie du rein. » Paris 1889) e dopo di lui Cuziat (« Du traitement du rein mobile. » Paris 1889) tagliarono grandi e piccoli pezzi della capsula propria per ottenere da superfici recentemente cruentate cicatrici solide e resistenti, cosa non nuova pei tedeschi i quali, considerando i risultati poco favorevoli ottenuti dalla sutura della capsula adiposa ed anche della fibrosa avevano già cominciato a rendere libero il parenchima renale ed a portarlo nella ferita.

Che le ricerche tendenti ad assicurare i reni tra le fibre dei muscoli lombari debbano avere un avvenire è dubbio, il Tuffier però non osservò per questo fatto alcuna alterazione nella funzione renale. Il Rosemberger ha tentato in alcuni casi un'adesione intraperitoneale (Ueder Operation der Wanderniere, *Münch, Med. Wochenschr.* 1888, 50) secondo lui con buon esito. Devesi infine citare il lavoro di Hager contro la nefrectomia nel rene mobile (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, N. 2). Ma l'impressione che rimane all'A. dalle più recenti pubblicazioni, sulla terapia chirurgica del rene mobile è che la nefrorafia ha fatto senza dubbio progressi ma non è ancora una operazione capace di ridare interamente la capacità ad un proficuo lavoro ed egli vorrebbe che gli operati di nefrorafia fossero riveduti a lunghi intervalli perchè più d'uno che forse dopo un anno si conserva in buono stato, dopo due ritorna alle primiere sofferenze.

Dopochè questo lavoro era stato consegnato alla Redazione comparve la me-

moria di Ewald sulla enteroptosi e sul rene mobile (*Berl. Klin. Wochenschr*, 1890, N. 12). Siccome questo lavoro non contiene alcuna nuova osservazione ma solo accurate ricerche intorno ad uno stato che fu già da tempo attentamente considerato dalla più parte degli osservatori, l'A. si limita a constatare che le ricerche di Ewald concordano colle sue, che non esiste alcun intimo rapporto fra l'enteroptosi e il rene mobile e che molto meno quest'ultimo può essere causato dalla prima.

Dott. R. Polacco.

I. Cheron. — **Cellulite pelvienne ou pelvi-cellulite.** — *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, N. 1 e successivi 1890.

L'A. ricorda come questo tema abbia dato luogo ad infinite discussioni e come molte teorie siano state emesse in proposito, riassume le idee di Nonat, Bernutz e Guerin riguardanti la parte anatomica, e quelle eziologiche di Trousseau, Courty, Lucas-Championnière e Martin, e poichè ritiene che si possa in oggi stabilire un quadro abbastanza esatto dell'adeno flemmone pelvico, si propone di farlo.

Il cellulare della pelvi può infiammarsi consecutivamente a malattie delle regioni vicine, e cioè si può avere una cellulite *secondaria* a flemmoni addominali, a forme morbose degli annessi uterini e del peritoneo, ma si osserva anche una cellulite d'*origine uterina diretta* che se non è accompagnata da propagazioni agli annessi ed al peritoneo, possiede sintomatologia ben netta e richiede una cura speciale.

A. Eziologia delle celluliti pelviche, linfoadenite ed adeno-flemmone pelvico.

I dati della patologia generale sono applicabili, poichè le materie settiche sono portate nel cellulare pelvico dalle vene e dai linfatici, ma più da questi perchè come si vedrà la flebite non è costante, mentre al contrario la linfangioite è di regola Onde è che le lesioni della vagina, del collo e del canale cervicale, danno luogo all'adeno flemmone peri-uterino (via linfatica), siano dovute a fatti puerperali o all'intervento operatorio, od esistano sotto forma di ulcerazioni.

B. Patogenesi della cellulite pelvica.

L'utero è ricco di vasi linfatici i quali prendono origine nelle lacune linfatiche della mucosa cervico-uterina, attraversano la parete muscolare e si portano, gli uni ad un ganglio retro-pubico od otturatore, gli altri ad un ganglio situato nel tessuto cellulare del legamento largo, gli altri ancora ad una serie di gangli retro-uterini e qualche volta ad un ganglio inguinale. Sembra che esista una disposizione assai variabile a seconda degli individui nel tragitto dei vasi linfatici e sopratutto nel numero e sede dei ganglii ai quali mettono capo, onde è che secondo l'A. i differenti tipi clinici della parametrite descritti dagli autori devono

essere tutti accettati come rispondenti a fatti esatti, in rapporto colle differenze individuali nella disposizione anatomica.

La flebite è una lesione troppo incostante per spiegare tutti i casi, mentre al contrario la linfangite non fa mai difetto, per cui sorge spontanea la domanda: cosa avverrà una volta che sia insorta l'adenite peri-uterina?

Poichè l'esistenza di tessuto cellulare retro-uterino è messa in dubbio dalla maggior parte degli anatomici, onde se esiste è in quantità trascurabile, qualora i soli linfatici della faccia posteriore del collo dell'utero siano colpiti si produrrà un'adenite retro-uterina senza cellulite concomitante. Al contrario un'adenite del legamento largo sarà forzatamente accompagnata da peri-adenite di una porzione maggiore o minore del legamento largo; qualora il ganglio suppuri e si rompa in grembo al cellulare si produrrà un vero flemmone del legamento largo. Non vi è quindi ragione per descrivere come malattie distinte l'adenite periuterina e la cellulite pelvica, giacchè questa è sempre un adeno flemmone. Contro l'asserzione di Guerin essa può propagarsi ai diversi strati cellulari del bacino, ed anzi questa irradiazione le sarebbe secondo Bernutz, caratteristica, donde il piastrone addominale di Chomel, e la diffusione del processo alle fosse iliache, guaina del psoas, cellulare vescico-uterino, perivaginale ecc.

Le esperienze di Koenig e Schlesinger spiegherebbero il diffondersi della malattia per mezzo delle comunicazioni anatomiche fra il cellulare del legamento largo e quello delle regioni vicine mentre un recente studio di Poirier sui linfatici degli organi genitali muliebri accorderebbe a questo ordine di vasi una grandissima importanza.

Anatomia patologica della parametrite.

Può essere solo costruita sui scarsi reperti necroscopici, sui dati forniti da qualche laparotomia e sui caratteri clinici.

In un primo periodo deve esistere la linfangioite, non constatata, poi la linfo-adenite meglio conosciuta per autopsie ed atti operativi nel corso dei quali si trovarono ganglii infiammati e talora suppurati, unici o multipli e disposti a rosario, che ponno secondo Martin dar luogo ad essudati considerevoli qualora la loro tunica si rompa. Infine si arriva alla cellulite pelvica ben distinta dal lato anatomo patologico nei periodi di edema, suppurazione, indurimento.

Sintomatologia della parametrite.

A. Linfo-adenite pelvica.

Oltre ai fenomeni febbre, dolori, disturbi nel defecare e nel mingere, essendo anche integri ma un po' dolorosi i movimenti dell'utero si percepiscono all'esplo-

razione digitale dei cordoni tesi (linfatici infiammati), dolenti oppure un piccolo nodo grosso quanto un fagiuolo raramente unico, più spesso accompagnato da altre quattro o cinque piccole tumescenze disposte a rosario, dolorose ma meno dell'ovaio infiammato. La multiplicità, la minor mobilità, ed il volume ordinariamente minori di questi corpicciuoli servono a distinguerli dall'ovaio, mentre poi talora vi è anche adenite inguinale.

La malattia può guarire o passare allo stato cronico ed allora a tali sintomi obbiettivi, si aggiunge l'endometrite accompagnata da deperimento e talora pervertimento dell'appetito sessuale.

B. Adeno flemmone del legamento largo.

La sintomatologia è ben nota onde ricorderò solo quali caratteri essenziali la lateralità dell'intasamento o della tumescenza, il non essere essa separata da alcun solco dal bordo uterino come avviene nella pelvi peritonite, la possibilità di *prolungamento* anteriore digitiforme del flemmone e che i *prolungamenti* posteriori terminano sempre in una specie di cresta ben netta che non oltrepassa il livello della faccia posteriore del collo. Una propagazione caratteristica ma non frequente è il flemmone peri-vaginale che consiste in un ispessimento infiammatorio d'una certa altezza della parete antero-laterale della vagina. Più frequentemente il processo del legamento largo si diffonde al cellulare della fossa iliaca interna od a quella della fossa iliaca esterna. Nel primo caso, abbastanza raro, si forma una massa mal circoscritta che risiede all'indentro della spina iliaca anteriore e superiore e sulla quale la cute scorre facilmente e che facile a riconoscersi quando risiede nel cellulare sotto peritoneale, è difficile a segnalarsi quando sta nel cellulare sotto aponeuretico, sebbene dolori nel campo dei genitali e dell'arto corrispondente spesso edematoso possano farne sospettare l'esistenza. La propazione alla guaina del psoas produce flessione, retrazione e rotazione all'infuori della coscia.

Il flemmone del cellulare della fossa iliaca esterna è meglio percepibile e massime quando si và al piastrone addominale di Chomel che più o meno parallelo alla linea alba non la deborda mai più di un centimetro e che liscio uniforme, più spesso quanto più è vicino all'arcata di Falloppio, emerge dalla fossa iliaca aderendo assai intimamente alla sua parte inferiore ed alla branca orizzontale del pube.

L'adeno flemmone del legamento largo talora guarisce totalmente, tall'altra volta passa allo stato di indurimento onde possibili retrazioni cicatriziali ed anche atrofia dell'utero; in taluni casi va incontro alla terminazione mista (suppurazione, indurimento) ed infine può terminare colla suppurazione totale ed i luoghi d'elezione per l'apertura spontanea sono:

1.° A 2-3 cent. al disopra dell'arcata crururale per il piastrone addominale, qualche volta più in alto, eccezionalmente per la pelle del bellico.

2.° All'avanti della spina iliaca anteriore superiore per il flemmone della fossa iliaca profonda.

3.° Alla coscia, lungo il nervo crurale allorchè il pus perforò la guaina del psoas.

4.° Nel retto, nel cieco, nella vagina, nella vescica per il flemmone del legamento largo.

Sintomatologia dell'adeno flemmone iuxta pubico.

L'affezione presenta caratteri particolari solo al principio quando l'infiammazione è localizzata al ganglio iuxta pubico ed all'atmosfera cellulare che lo contorna

Allora essendo l'utero perfettamente mobile ed i fornici vaginali punto modificati si percepisce un cordone più o meno grosso rappresentato da un linfatico infiammato che si dirige dalle parti laterali dell'utero verso il foro otturatore, a livello del quale ed intimamente accollato al pube si trova un piccolo tumoretto, tondeggiante, doloroso alla pressione, che dà la sensazione di un ganglio infiammato. In seguito avviene la propagazione della malattia al cellulare e nei varii sensi, ma specie in quello della parete addominale. Il piastrone di Chomel è comune all'adeno flemmone iuxta pubico, ed al flemmone del legamento largo.

Diagnostico della cellulite pelvica.

L'adenite periuterina si riconoscerà in base all'esistenza delle indicate alterazioni palpabili e tenendo conto che i gangli ponno qualche volta acquistare anche un volume superiore a quello dell'ovaio, ma talora sarà difficile la diagnosi differenziale coll'ovarite, salpingite e pelvi peritonite.

Il flemmone del legamento largo e l'adeno flemmone iuxta pubico non saranno facilmente confusi colla metrite, o con spostamenti o tumori uterini o con tumori ovarici o con gravidanza extrauterina od ematocele extra peritoneale, ma le salpingo-ovariti e più le perimetriti sono talora causa di errore, e qui l'A. accennando ai caratteri differenziali rinvia il lettore ad un suo lavoro su questo tema.

Cura della cellulite pelvica.

A. Linfo-adenite pelvica — essendo in rapporto con una endometrite cervicale o cervico-uterina di natura infeziosa, il trattamento deve essere rivolto contro questa nei casi lievi, iniezioni e medicazioni antisettiche, escisione di ectropion, operazione di Schroeder, impiego del galvano cauterio, e dilatazione estemporanea e raschiamento nei casi più gravi, ma senza abbassare forzatamente l'utero onde non cor-

rere il pericolo che qualche ganglio suppurato si rompa. Consiglia i dilatatori metallici a curva diversa ed i cucchiai flessibili.

B. Adeno flemmone pelvico.

Nel periodo d'edema o d'infiltrazione gelatiniforme, passato il periodo di somma acuzie, l'A. accorda importanza grande alle scarificazioni del collo dell'utero seguite da medicazione osmotica, ed in quello d'indurimento la terapia deve da un lato favorire la risoluzione degli essudati e dall'altro sostenere le forze delle malate. Sono quindi raccomandati il bicloruro di mercurio a dose minima e frazionata, il fosfato di soda, le piccole dosi di chinino assieme al bromuro di potassio e l'olio di fegato di merluzzo se ben tollerato, e qui pure si ponno mettere in pratica quelle medicazioni indicate utili nella pelvi peritonite. Se poi si và incontro alla suppurazione si deve intervenire sia per mezzo dell'incisione vaginale che della laparotomia peritoneale o sotto peritoneale, dando la preferenza al primo mezzo. Le aderenze cicatriziali parametritiche vengono dall'A. curate specie coll'idroterapia e col massaggio, praticato colle norme di Norstroem, non più di 2-3 volte per settimana e seguito da medicazioni alla glicerina.

Dott. F. Villa.

L. Prochownick in Hamburg. — **Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem constanten Strome** (*La cura della blennorragia recente nella donna colla corrente costante*). — *Münch. Med. Wochenschr.*, N. 27.

Già in parecchie gazzette mediche tedesche, l'Apostoli ed il Laquerrière hanno pubblicato le loro esperienze sulla virtù antimicotica della corrente galvanica, ed i risultati di tali lavori furono dal Prochownick riassunti nel N. 26 della *Deutsche medicin. Wochenschr.* Fatta astrazione da alcuni punti da chiarirsi, l'A. conviene coi due succitati nel fatto più importante, cioè che nel punto « polare » o di « contatto » del polo positivo della corrente galvanica si esercita una azione antimicotica straordinariamente grande.

A dimostrare sperimentalmente e clinicamente questa capacità, occorreva una affezione che fosse causata da un microbio specificamente determinato, molto più che occorreva di non confondere cause ed effetti, perchè nella massima parte delle forme catarrali, per quanto esse riconoscano una causa finale microparassitaria, le alterazioni dei tessuti non cessano d'ordinario coll'allontanamento della causa determinante. Bisogna anche rammentare che un metodo curativo deve essere considerato non solo nel riguardo della guarigione ma anche per quello molto importante della sicurezza contro la recidiva, fatto che anche per via operativa per le endometriti è oltremodo importante e difficile ad ottenersi. E solo per una

forma di endometrite (quella blennorragica recente), l'autore non dubita di eccitare i ginecologi alla prova della corrente galvanica, perchè egli su questo punto può manifestarsi con piena sicurezza riguardo alla completa e permanente guarigione.

Data adunque la premessa che nei primi tempi della infezione blennorragica sia affatto superficiale la invasione del microorganismo infettivo, l'A. allo scopo di distruggerlo, provò la corrente galvanica adoperando sonde di diversa grossezza. Nelle quattro osservazioni da lui citate, introducendo il polo positivo con sonda di rame nell'utero, usando per 7-10 minuti correnti di 80-120 M. A., osservò che i gonococchi scomparivano completamente dopo la 4.ª e 5.ª seduta, e che il secreto da giallo e purulento fattosi limpido, cessava completamente o si riduceva alla quantità normale per non più alterarsi, verso l'8.ª o la 10.ª È evidente che l'A. ha portato la sua osservazione precipuamente sulla porzione vaginale da lui ritenuta punto di partenza della infezione verso gli organi genitali interni e, soddisfatto assai delle sue ricerche e dei suoi risultati, raccomanda alcune cautele per la buona riuscita: Pulizia della vulva e della vagina, evitare lo speculum e le pinze per quanto possibile, introduzione del polo positivo mediante una sonda di adatta grossezza sulla guida del dito, pronta chiusura della corrente dopo la introduzione, riposo consecutivo per un'ora e mezzo a due ore, assoluto divieto delle coabitazioni: Bastano correnti di media forza fino a 120 M. A. Piuttosto si prolunghi la seduta fino ad 8-10 minuti. Inoltre l'A. faceva praticare due volte al giorno pulizia della vagina con soluzione di cloruro di zinco o di sublimato tiepido e a bassa pressione, seguita poi da lavatura successiva con acqua pura.

Quanto all'uretra non necessita di solito cura speciale perchè per lo più i gonococchi scompariscono rapidamente da soli: tuttavia in taluni casi è necessaria una cura mentre le ricerche fatte per usufruire della terapia galvanica fallirono non essendo tollerate correnti oltre 30-40 M. A. e riuscendo solo efficaci quelle di 80-100 M. A. Perciò l'A si attenne al processo abortivo da lui fin qui con successo adoperato: pulizia e cocainizzazione dell'uretra con uno degli schizzetti descritti recentemente da Fritsch nel *Centr. bl. f. Gyn.* poi introduzione di uno dei numeri più bassi degli speculum uretrali di Simon fino nella vescica e, ritirato il perno, sostituzione al posto di questo di un pezzo ben compatto di nitrato d'argento. Tolto lo speculum si ritira lentamente il caustico lungo l'uretra: basta nel più dei casi un'unica applicazione di questo metodo certamente assai doloroso e che, salvo ben pochi casi, diede sempre la guarigione. Il dolore e il tenesmo vescicale si attutiscono con tamponi di cocaina o di *bella donna* ed oppio tosto introdotti nell'uretra.

D. R. Polacco.

A. Turretta. — **Storia di cinque laparotomie.** — *Sicilia medica.* Anno II, Fasc. III-IV.

I. Peritonite cronica incistata — guarigione duratura.

II. Fibromioma uterino interstiziale e sottoperitoneale — morte 35 ore dopo l'amputazione sopravaginale dell'utero per insufficienza cardiaca. Negativa l'autopsia dell'addome, cuore flaccido, con incipiente degenerazione grassa, cavità dilatate, lieve insufficienza delle valvole semilunari.

IV. Ovaro-salpingectomia bilaterale per doppia piosalpingite — guarigione.

V. Voluminoso sarcoma dell'ovaio destro, esportazione — guarigione.

Dott. F. Villa.

G. Bantock. — **Chirurgie abdominale et méthode listérienne.** Considérations tirées de 238 cas d'ovariotomie (163 a 400). — *Gazette de gynécologie.*

Da più anni l'A., tanto per le mani, che per gli istrumenti, le spugne e la lavatura del peritoneo si serve solo di acqua pura, fredda o tiepida, ma non bollita, che considera come sufficiente pei bisogni delle sue operazioni. Il primo centinaio d'ovariotomie praticate colle regole listeriane ebbe la mortalità del 19 0[0, il secondo centinaio nel quale cominciò ad abbandonare tali norme del 14 0:0, la terza e la quarta centuria, nelle quali usò acqua pura, l'esito letale occorse rispettivamente 8 e 4 volte. Medicazione alla garza idrofila.

Nell'ultimo quinquennio l'A. ha modificato assai la condotta operativa e post operatoria delle ovariotomie.

I. Ricorre molto di frequente alla lavatura del cavo peritoneale e specie quando si ha emorragia da distacco di aderenze, versamento di liquido colloideo, e qualora il peritoneo sia sanguinante al minimo tocco. Non osservò mai alcun accidente.

II. Affonda il peduncolo e predilige la doppia legatura del laccio a cifra 8. Nei casi di peduncolo breve e largo onde non essere obbligato a porre molte legature, lo comprime fortemente con una o due pinze, riducendolo ad una metà: i tessuti allora non subiscono più alcuna retrazione e quella parte che resta al di sopra della legatura forma come un bottone che impedisce al filo di sfuggire.

III. Non amministra oppio sotto qualsiasi forma, per ottenere la calma

dopo l'operazione. Il vomito tratta con qualche poco d'acqua tiepida, pura od addizionata con bicarbonato di soda, che serve benissimo a sbarazzare lo stomaco dalla mucosità e dalla bile, e la sete intensa combatte pure con acqua tiepida. La peritonite richiede l'intervento chirurgico, ma nè il vomito, nè il meteorismo ne sono segni certi, e spesso il digiuno ed i clisteri allontanano questi sintomi

Dott. F. Villa.

Kappeler. — **Uber Aether und Chloroformnarcose** (*Intorno alla narcosi mediante l'etere e mediante il cloroformio*). — Dal Congresso della Società di Chirurgia in Berlino, 1890. *Prager Medicinische Wochenschrift*, N. 16, 1890.

Tutte le ricerche fatte fino ad oggi per sostituire i vecchi anestetici come il cloroformio e l'etere, mediante qualche altro mezzo nuovo, non condussero a nessun risultato degno di nota, e confermarono ognor più l'opinione della maggior parte dei chirurghi, che la ricerca di un anestetico assolutamente innocuo è una inutile fatica.

L'applicazione dell'etilcloroformio, del cloruro di metilene degli inglesi, l'inspirazione poi di protossido d'azoto sotto elevata pressione atmosferica raccomandata dal Bert, non hanno ancora provato la loro inocuità, fatta astrazione poi che furono esperimentati in pochissimi casi. Anche l'etere non è scevro da pericoli come risulta dagli esperimenti fisiologici e specialmente dalla pratica medica. E per addivenire ad un definitivo giudizio intorno al pericolo dell'etere-narcosi bisogna aspettare nuovi esperimenti.

In Germania predomina sempre e con buon diritto, l'anestesia cloroformica in chirurgia. All'attacco che si fa da parte degli amici dell'etere contro il cloroformio, a favore dell'etere, si può contraporre che il metodo della cloroformizzazione viene migliorato e vien reso meno pericoloso sia coll'unire altre sostanze al cloroformio, sia col variare semplicemente il metodo di somministrazione. L'A. ricorda le narcosi combinate e ne fa la critica. Vien pure menzionato il metodo del Gosselin cioè della applicazione interotta del cloroformio mediante la compressa.

Le nuove recenti ricerche sperimentali dei fisiologi francesi e tedeschi intorno all'azione delle miscele di cloroformio a diverso grado di concentrazione mostrano la via più sicura e più semplice per rendere senza pericolo la cloronarcosi. Dagli esperimenti sugli animali è stato dimostrato che la dose mortale corrisponde alla doppia dose di quella sufficiente alla narcosi. Però non si tratta di precisare so-

lamente la quantità di cloroformio impiegata, ma bensì il grado di concentrazione cioè del rapporto della miscela dell'aria coi vapori del cloroformio.

Il Bert dà la proporzione dell'8 per cento come la miscela cloroformica migliore, senza distinzione di età nè di sesso. La narcosi si ottiene in sette minuti. Dalle sue ricerche risulta che la miscela di 8 grammi sopra cento litri di aria può essere somministrata ai varii ammalati, per diverse operazioni senza il menomo pregiudizio. Non è però da nascondere che questi esperimenti furono praticati con apparecchi speciali e molto costosi, per cui non potranno facilmente essere diffusi nella pratica. Così pure è dell'apparecchio del Dubois. Mentre l'apparecchio del Junker colla maschera dell'Esmark, di cui l'A. si serve da molto tempo, non offre difficoltà di applicazione ma ha l'inconveniente di rendere troppo concentrata la miscela dell'aria col vapore del cloroformio nella maschera d'inalazione. A togliere questo inconveniente l'A. ha modificato l'apparecchio del Junker col limitare il tubo conduttore dell'aria esterna vicino alla superficie del cloroformio così che l'aria si mescola già ai vapori del cloroformio nel recipiente stesso primo di giungere alla maschera d'inalazione. Le prove di questo apparato diedero buoni risultati, specialmente per la poca quantità di cloroformio impiegato in ciascuna narcosi. Dopo circa 1000 narcosi ottenute, all'autore risultò una media necessaria di circa 9 grammi fino a 30 grammi di cloroformio per ogni narcosi. Così pure è lodevole simile apparecchio poichè si può ottenere anche una narcosi superficiale; ed in ogni caso si ottiene la narcosi molto sollecita (da 8 ad 8 1|2 minuti). Il vomito avviene circa il 7 per cento dei casi.

L'A. rileva inoltre che con tale apparecchio è sempre facile evitare gli accidenti mortali della cloronarcosi (per eccesso di cloroformio versato improvvisamente quando il paziente è già in completa narcosi) poichè si può con diligenza misurare la quantità che vien versata.

In fine propone una statistica dei casi di narcosi e dei casi di morte per essa, come la sola che potrebbe formare la base per decidere sulla preferenza dell'etere narcosi o della cloronarcosi.

Nella discussione ch'ebbe luogo sopra questo argomento il Thiem-Kottbus riferisce avere fatti esperimenti di narcosi col bromuro d'etile, e lo ritiene inadatto per le grandi operazioni.

Bruns (Tübingen) difende l'etere narcosi, di cui si è servito esclusivamente durante quest'ultimo anno. Dice che durante la narcosi coll'etere la forza del polso si innalza, mentre nella cloronarcosi s'abbassa.

Stelzner (Dresden) parimenti difende l'etere-narcosi per l'applicazione della quale usa una grande maschera che copre tutta la faccia. I suoi risultati si riferiscono a circa 900 casi di etere narcosi. Le conseguenze di simile narcosi sono minori di quelle della cloronarcosi. Conclude col dire che l'etere-narcosi è caldamente da raccomandarsi.

Zielewicz (Posen) è pure favorevole all'etere narcosi. Tuttavia rileva che lo stadio d'eccitazione può essere più di quello dato dal cloroformio. Osservò pure come conseguenza postuma un eritema che divenne poi vera dermatite a bolle sanguigne. Il polso si elevò a 120. L'etere-narcosi è pure, secondo lui, utilizzabile anche per le più grandi operazioni.

Kappeler soggiunge tuttavia che i casi di morte coll'etere-narcosi non sono poi così rari. Cita una statistica inglese in cui si nota un caso di morte sopra 4000 etere-narcosi, ed una statistica americana che dà un caso di morte sopra 1200 etere-narcosi.

SECCHI.

A. NEGRETTO. — **Caso di prolasso completo d' utero. Estirpazione totale dalla vagina.** - Guarigione. — *Gazzetta degli Ospedali*, N. 61, 1890.

Applicazione di cordoncino elastico sulle parti alte del viscere prolassato, dissecazione circolare della vagina, apertura dello spazio di Douglas, capitombolo posteriore dell'utero, legatura segmentata dei legamenti larghi, incisione della plica vescico-uterina, esportazione della matrice tagliando i legamenti all'interno delle allacciature, tamponamento colla garza all'iodol. Decorso apiretico, caduta dei fili nella terza e quarta settimana, cicatrizzazione perfetta al 39.° giorno. Nessuna tendenza al prolasso della vagina che presenta una solida cicatrice.

VILLA.

KLAUSSNER. — **Ein Fall von Dermoidcyste des Ovariums** (*Un caso di cisti dermoide dell' ovaio*). — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* 30 Band., 3 Heft. *Prager Medicinische Wochenschrift*, N. 7, 1890.

L'A. descrive una cisti dermoide dell'ovaio destro la quale si era sviluppata fino a raggiungere il fegato assumendo la forma di un rene morbosamente ingrossato e che per la sua mobilità dava l'impressione di un rene mobile, e che venne esportato mediante laparotomia.

Era invece una cisti dell'ovaio a peduncolo molto lungo ed esile. La superficie era rosso grigia, liscia con molte globosità in parte bianchiccie, ed in parte di consistenza dura. L'interno del tumore era costituito da una grande cavità, e da altre cavità più piccole della grandezza di una mela, le quali erano ripiene di

una sostanza fluida, grassa, di color cioccolatte, di capelli chiari, ricciuti, ed a ciocche scompigliate, e di una massa untuosa di sego.

La superficie interna era liscia fino al punto dove raggiungeva le tumescenze le quali erano provviste di rivestimento cutaneo fornito di peli e di denti molari decidui. Questi tumori erano costituiti di grasso bianco e consistente, che riempiva le maglie di tessuto congiuntivo, dalla grandezza di un pisello a quella di una noce. Il sepimento che divideva le due cisti era formato da tessuto cavernoso a grandi maglie che racchiudeva uua massa oleosa e gelatiniforme. Inoltre nella cisti più grande si trovava una prominenza a foggia di zampa, che si estrinsecava dal sopradescritto tumore con un largo peduncolo arrotondato, manifestamente dividentesi in cinque estremità, le quali si mostravano provviste di una seconda articolazione. Alla parte finale di ciascuna estremità si riscontrava una prominenza di tessuto corneo simile ad un' unghia.

Tutto l'intero arto (se è permesso così chiamarlo), era ricoperto da epidermide; il lato dorsale della porzione unica e fissa era ricoperto di piccoli peli, e si rilevava su detta parte uno scheletro cartilagineo. Vicino a questo primo pezzo anatomico si riscontravano ancora una seconda ed una terza produzione epidermica a forma di cavo con substrato duro come osso, nella quale erano infissi alcuni denti ben sviluppati, una specie di pezzo di mascella informe.

La ricerca microscopica convalidò e completò il riscontro dell'osservazione esterna. La cisti dermoide così descritta presenta molti caratteri comuni alle note cisti dermoidi; ma quello che spicca di veramente nuovo si è lo presentarsi di una vera formazione di un membro, con metacarpi riuniti mediante articolazioni, e con cinque estremità le quali alla loro parte finale sono provviste, senza alcun dubbio, di una vera unghia; si è il caso accertato di alternativa di capelli, di papille, di peli, ciò che non è ancora stato in modo speciale apprezzato; si è la metamorfosi delle cellule giganti in cellule adipose, che fino ad ora non fu osservato.

Le varie ipotesi emesse intorno all'origine delle cisti dermoidi non sono ancora sufficienti alla spiegazione. Una nuova veduta è quella del Roux; secondo la quale si farebbero derivare questi tumori dall'azione di uno stimolo acuto o cronico di un *germe ectopico*; e cioè questo, per la formazione del foglietto blastodermico, vicino alle singole cellule già ulteriormente sviluppate, ha trovato poche cellule non ancora differenziate, le quali possono condurre alla formazione di diversi elementi di tessuti.

SECCHI.

Ch. Audry. — **Notes sur une série de vingt-cinq sections péritonéales.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Novembre 1890.

Venti furono laparotomie, e cinque praticate per la via della vagina.

	Casi	
1.° Operazioni per via vaginale.	Operati	Guariti
Resezione del fondo uterino inverso per fibroma . . .	1	1
Isterectomia totale per cancro	4	4
2.° Laparotomia.		
Laparotomia esplorativa per carcinosi peritoneale d'origine ovarica	1	1
Isteropexi per prolasso.	1	1
Estirpazione di un enorme fibroma intralegamentoso .	1	†
Laparotomia per ematocele, incis. e drenaggio . . .	1	1
Ablazione di cisti ovarica recidiva radicata sul fegato .	1	1
Ovariotomie per tumori cistici uno complicato a gravid.	5	5
Estirpazione di cancro a cavolfiore di entrambe l'ovaie .	1	1
Ooforectomie doppie	5	5
Ablazione unilaterale degli annessi	1	1
Ablazione totale degli annessi	3	3
	25	24

Esposta la statistica fanno seguito poche considerazioni. L'unico caso di morte fu per sckok in 18ª giornata; in 2 casi vi fu suppurazione dei punti di sutura. Stando all'A. le condizioni del locale ove si praticano le operazioni è assai difettoso, il prof. Laroyenne capo clinica si lava con sola acqua bollita e sapone, evita di mettere a contatto del peritoneo delle soluzioni antisettiche, così pure gli istrumenti disinfettati al calore, sono poscia affogati nell'acqua bollita. Le spugne sterilizzate con soluzioni feniche sono alla loro volta spogliate di tale antisettico in grazia di ripetute e prolungate lavature in acqua bollita; la toilette del peritoneo è sempre asettica ed asciutta, non si lava mai il peritoneo salvo specialis-

simi casi eccezionali, e non si pongono quasi mai drenaggi. Le suture delle breccie laparotomiche a tre strati di catgut (cromico), peritoneale, aponeurotico, cutaneo. Tale maniera di operare si avvicina sensibilmente a quella dei laparotomisti inglesi, e sembrerebbe efficace anche in ambienti assai difettosi. DECIO.

G. RICHELOT. — **Sur le traitement du pédoncule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Octobre 1890.

Dichiara che la prognosi della isterectomia oggi giorno si è notevolmente migliorata al punto da gareggiare con quella della ovariotomia. L'A. è partigiano del metodo intraperitoneale come trattamento del peduncolo, in grazia della *legatura elastica affondata*, cioè del metodo di Kleeberg.

Uscito l'utero fibromatoso dalla breccia laparotomica, si getta il laccio elastico attorno al segmento inferiore al di sotto delle ovaie, si tirano fortemente i due capi del laccio, si incrociano, o si fissano con un clamp. Levasi poscia con qualche colpo di bistorì tutta la massa sovrastante, ed afferrato quindi il moncone con pinza da presa, si provvede alla distruzione del tratto di mucosa (endometrio) che è tra il laccio e la superficie di sezione, la quale alla sua volta è passata dal coltello arroventato; non pratica alcuna sutura. Prima di togliere il clamp il laccio elastico è assicurato con un filo di seta. Un punto capitale si è quello di evitare la vescica nella strettura del laccio, allorcchè essa eventualmente adesa all'utero sia stirata in alto. Avendo visto una volta il legamento largo sfuggire dal laccio, per maggior sicurezza suole fissare il bordo superiore del legamento largo con un laccio di seta. Segue una breve e riassuntiva descrizione di 13 casi in cui l'A. passò dal trattamento extraperitoneale al metodo dell'affondamento del peduncolo. Encisticata od eliminato dopo qualche mese, la legatura elastica non gli creò mai ulteriori pericoli, essa tiene solidamente, ed è di una efficacia senza pari contro le emorragie, e può ritenersi il più semplice ed il più sicuro mezzo di affondamento del peduncolo, perchè evita la lunghezza e le noie della eliminazione del peduncolo, della suppurazione del cratere lasciato dalla cicatrice dando con maggiore facilità una pronta guarigione. DECIO.

CH. AUDRY. — **Des recidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire.** — *Annales de Gyn et Obst.* Septembre 1890.

Tratta l'A. delle recidive delle ciste ovariche, che succedendo dopo un lasso di tempo più o meno lungo ad una praticata ovariotomia per cisti ovarica *benigna*

e di tipo regolare, riproducono il decorso clinico e l'apparenza del tumore iniziale conservandone il pronostico relativamente favorevole. Ammette che sono fatti rarissimi, e la recidiva può aver luogo sul peduncolo come a distanza. Crede interessante pubblicare il caso raccolto nella clinica di Laroyenne così riassumibile: cisti ovarica — gravidanza — parto spontaneo — ovariotomia nel 1880. — Nel 1888 comparsa di un nuovo tumore alla regione epatica — nel 1890 parto — apertura spontanea del tumore — Estirpazione tre mesi dopo di una sacca di struttura assolutamente identica a quella delle cisti ovariche — Guarigione.

L'A considera poi parecchie questioni. Egli crede che siasi lasciata una piccola porzione di parete esterna della cisti sull'intestino, cui era adeso il tumore, e che il frammento di cisti abbandonato, siasi messo a vegetare silenziosamente seguendo esattamente le abitudini del tumore cui esso apparteneva. Che poi tale aderenza sia stata primitiva, si ignora; non si può escludere la possibilità che tale adesione siasi prodotta in grazia delle peregrinazioni di un'ansa intestinale, che mobile nell'addome, siasi fissata all'ipocondrio destro. Conchiude che *un piccolo frammento di una cisti ovarica esportata quasi in totalità può attecchire, e veg tare tardivamente e vivere di una vita autonoma a seconda del modo di comportarsi del pristino tumore.* Decio.

Terrillon. — **Réflections à propos de deux cents ovariotomies pour kistes de l'ovaire.** — *Annales de Gyn. et Obst.,* Juillet 1890.

È una specie di rendiconto di 200 ovariotomie operate nello spazio di 8 anni, dal 1882 al 1889. L'A. divide tale numero in due serie di cento cadauna; nella prima ebbe 12 morte, e nella seconda soltanto quattro. Dice che i risultati migliori nella seconda centuria sono devoluti alle precauzioni antisettiche più rigorose che egli mise in pratica; divide il lavoro in tre parti:

1.° *Natura delle cisti, operazioni, risultati immediati, cause degli insuccessi:* furono 160 i casi di cisti moltiloculari, 25 paraovariche e del legamento largo, 8 dermoidi ed una idatigena. L'operazione fu doppia 44 volte e di esse una sola ebbe esito letale. Quattordici operazioni furono incomplete, e tre volte fu intrapresa l'ovariotomia essendo le pazienti affette da peritonite acuta. Delle operate 65 non sorpassarono i 37.° 5, ed un gran numero non toccò che i 37.° 2, 20 toccarono i 38.° 5, una sola i 39.° La sutura di regola fu levata in ottava giornata, non si vide mai mancare il coalito, e solo accidentalmente fu osservato qualche piccolo ascesso lungo il tragitto dei fili superficiali. L'anestesia fu sempre conseguita col cloroformio, senza speciali apparecchi; mai si sorpassarono i 50 grammi, soltanto 3 volte si dovette ricorrere alla respirazione artificiale. Quattro operate morirono di peritonite acuta rapida, 2 di peritonite purulenta a decorso

lento, 6 di colasso, qualche ora dopo le gravi e prolungate operazioni cui dovettero sottostare, ciò per la prima centuria, per la seconda 3 morirono di colasso, ed una in terza giornata in causa di peritonite.

2.° *Risultati remoti.* È tenuto calcolo di 174 operate perchè 10 furono irreperibili, 9 morte dopo guarigione definitiva per cause diverse, una per ernia inguinale strozzata (2 mesi dopo), una in seguito ad altra laparotomia per recidiva, una per frenopatia, una per recidiva sarcomatosa dell'epiploon, tre per sfinimento generale ad epoche differenti, una di febbre tifoide. Delle 200 operate, 164 vivevano godendo di buona salute (ciò a tutto giugno 1890). Nove delle quali furono gravide e partorirono feti vivi e ben costituiti, una di esse fu madre due volte dopo l'operazione, solo 10 offersero uno smagliamento della cicatrice. La recidiva partendo dal peduncolo o dalla cicatrice fu osservata 3 volte (tumori maligni), e pure 3 volte fu vista la riproduzione o dirò meglio la ripetizione nell'altro ovaio.

3.° *Manuale operatorio. Antisepsi.* A partire dal 1886 introdusse alcune varianti nell'apparecchio operativo cui l'A. dà capitale importanza specialmente dal punto di vista dei risultati: 1.° sterilizzazione esatta col calore, e coll'acqua bollente per 10 minuti; 2.° Lavaggio della cavità peritoneale con una grande quantità di acqua filtrata e bollita; 3.° l'impiego di tutti quei mezzi capaci di levare o di distruggere le sostanze nocive annidate nelle anfrattuosità della cute delle mani o sotto le unghie; 4.° la bollitura della seta per le legature.

Decio.

Tuffier. — **De la cystopexie, opération autoplastique nouvelle destinée à remédier à la cystocèle vaginale.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Juillet 1890.

L'operazione dell'A. ha per scopo di fissare la vescica alla parete addominale nei casi di cistocele vaginale, allorchè fallisca la semplice colporafia. Prima di intraprendere l'operazione egli eseguì numerose esperienze sugli animali, che lo misero in grado di eliminare alcuni dubbi. Indi praticò due volte la cistopexi onde guarire il cistocele vaginale. Dilatazione della vescica con soluzione borica, incisione della regione ipogastrica, scollamento delle parti laterali del peritoneo dalla vescica, trazioni in alto per ridurre il prolasso. Constatato che tirando in alto ciascun lato della parete vescicale a contatto della addominale il prolasso si riduce, non resta che a praticare la sutura della quale detta le norme. Il raccorciamento dell'uraco può essere un complemento della operazione. Sutura addominale, medicazione, tamponamento vaginale, siringazione per 7 giorni con-

secutivi. Cita il risultato (dopo 18 mesi), soddisfacente assai, e spera che il tempo abbia a dimostrare il valore terapeutico in data più remota.

Decio.

Henri Hartmann. — **De l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétro-déviations utérines.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Juin 1890.

L'A. accenna dapprima ai tentativi di Richelot e Courty coronati di scarso successo, e agli ulteriori di Schucking e Nicoletis. L'operazione di Schucking consiste nel fissare mercè una sutura il fondo dell'utero alla parete antero-laterale della vagina, e nell'ottenere una adesione del rivestimento peritoneale dell'utero colla porzione più profonda della piega vescico uterina o colla porzione di peritoneo situata a lato di questa piega. Ne descrive il tecnicismo operatorio offerendo una figura schematica.

L'operazione di Nicoletis ha per iscopo di raddrizzare, previa amputazione del collo, il corpo dell'utero che si porta in avanti prendendo punto di appoggio sulla parete vaginale posteriore e stirando verso di essa la parte anteriore del moncone della amputazione uterina. Essa riposa su questo fatto anatomico, e cioè che attorno alla parte superiore del collo dell'utero esiste una specie di anello fibro muscolare corrispondente alla parte superiore della vagina e tessuti limitrofi, anello la cui importanza è capitale dal punto di vista della fissazione dell'utero. Notisi che l'amputazione di collo è sopra-vaginale, e tutto il processo consiste nella maniera di fare la sutura della parete vaginale col moncone uterino. La fissazione vaginale di Schucking presenta, secondo l'A., una serie di difetti, come il pericolo di eventuali lesioni della vescica, di un'ansa intestinale, e di una infezione peritoneale se la cavità uterina non è abbastanza asettica, e come risultato finale tale operazione finisce col sostituire una deviazione ad un'altra deviazione.

L'operazione di Nicoletis è pur essa fatta segno di esame. L'autore conclude:

1.° Ogni qual volta esiste una lesione infiammatoria peri uterina (retro deviazioni fisse) l'isteropexi vaginale di Nicoletis-Richelot è una operazione insufficiente;

2.° Nelle retrodeviazioni complicate a metrite bisogna iniziare il trattamento di quest'ultima che da solo, spesse volte può condurre alla cessazione dei sintomi. Tuttavia siccome tale trattamento spesso conduce alla amputazione del collo uterino, allorchè tale atto operativo è indicato sarà meglio terminarlo colla sutura di Nicoletis, la quale sarà efficace in quelle donne le quali non presentano la benchè minima tendenza al prolasso, che hanno la vagina stretta, il perineo integro o solido, in una parola in quelle donne in cui la retrodeviazione costituisce la sola ed apprezzabile deformità genitale.

Decio.

Raffa. — **Note statistiche intorno alle operazioni chirurgiche eseguite dal 1879 al 1890.** — *Rivista veneta di Scienze Mediche.*

Dal rendiconto clinico statistico tolgo e riunisco nel seguente specchio la parte ginecologica ed ostetrica e le operazioni laparotomiche eseguite per varie indicazioni.

OPERAZIONI	Operati	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti
Operazioni per fistole vescico-vaginali	9	5	4	—	—
Colpo perineo-plastiche	3	3	—	—	—
Tracheloraffa Emmet	1	1	—	—	—
Estirpazione di una sola ovaia per adenoma	8	5	—	—	3
Estirpazione di una ovaia per cisti dermoide	5	5	—	—	—
Estirpazione di una ovaia per pio salpingite	2	2	—	—	—
Ovaro salpingectomia doppia	8	7	—	—	1
Amputazioni sopra-vaginali dell'utero per mio-fibromi	4	3	—	—	1
Ovaro-salpingectomia per gravidanza tubaria	2	2	—	—	—
Laparotomia per mixomi del peritoneo	1	1	—	—	—
Laparotomia esplorativa per occlusione intestinale	1	—	—	—	1
Laparotomia esplorativa per peritonite da necrosi splenica	1	—	—	—	1
Laparotomia per peritonite suppurativa	1	1	—	—	—
Gastro-enterostomie	1	—	—	—	1
Resezione del cieco e colon ascendente per cilindroma	1	1	—	—	—
Amputazione del collo uterino per ipertrofia e metrite	7	7	—	—	—
Amputazione del collo uterino per papillomi	1	1	—	—	—
Raschiamento dell'endometrio	25	25	—	—	—
Rivolgimenti	1	1	—	—	—
Applicazione di forcipe	1	1	—	—	—
Embriotomia	1	—	—	—	1
Parto forzato (eclampsia)	1	1	—	—	—
Taglio cesareo. Metodo Porro	1	—	—	—	1
Estrazione delle ossa del capo di un feto ritenuto da tre mesi nell'utero	1	1	—	—	—

Decio.

V. Tedeschi. — **Del passaggio nel latte di alcuni medicamenti; ricerche sperimentali.** — *Archivio italiano di pediatria, Luglio 1890.*

Accenna alle discrepanze che regnano fra i cultori di fisiologia circa il passaggio di alcune sostanze nel latte, ed alla scarsità di lavori su tale importante argomento. Esperimenta per proprio conto se, somministrando alla madre alcuni rimedi a dose medicamentosa (talvolta un po' spinta), essi si ritrovino poi nel latte, ed in quali proporzioni. Usò per le sue ricerche il latte d'asina come quello che sembra all'A. avvicinarsi più di ogni altro al latte muliebre.

Espone minutamente i metodi scelti per la ricerca dell'arsenico, del rame, del ferro, dello ioduro e bromuro di potassio, della calce e della magnesia venendo a questi risultati. L'*arsenico* somministrato sotto forma di acido arsenioso non potè essere svelato mai ad onta di pazienti e ripetute indagini. Il *ferro* (ossidato dializzato) fu trovato in quantità appena sensibile; il *rame* diede risultato negativo ma la esperienza non fu completa per intolleranza dell'animale. Così pure fallì la prova dello ioduro e del bromuro di potassio, negativa fu pure la ricerca dello iodo e del bromo. Anche nei casi di somministrazione della calce e della magnesia le indagini dell'autore condussero a risultati negativi.

Decio.

Slaviansky. — **Sur les inflammations des ovaires** (Oophorites). — *Annales de Gyn. et Obst.* Mai 1890 et suiv.

Dopo di aver minutamente trattato della anatomia patologica delle forme di ovarite parenchimatosa e di ovarite interstiziale, parla della eziologia ritenendo la flogosi ovarica una delle affezioni più frequenti dell'apparato genitale della donna, sia essa primitiva o secondaria alla infiammazione di organi limitrofi, oppure a processi infettivi, quale la tifoide, il tifo esantematico, la febbre ricorrente, il cholera, la scarlattina, la sifilide ed anche ad intossicazioni di fosforo, arsenico, mercurio, acido cianidrico e morfina. Parla poi di quelle che seguono a processi puerperali infettivi o delle altre legate ad origine blenorragica. Rammenta le peritoniti del piccolo bacino, il cancro epiteliale del collo, le influenze nocive nel periodo mestruale, i rapporti sessuali irregolari, l'onanismo, le eccessive fatiche del corpo, gli spostamenti uterini, la torsione del mesovario.

Lascia dubbiosi sulla relazione esistente fra le forme flogistiche dell'ovaio colla parotide, ed accenna all'alcoolismo (Duncan) ed alla tubercolosi. Nella sintomatologia, passa in rivista i vari elementi e li studia da soli ed accompagnati, diffondendosi sull'elemento *dolore* ed in ispecial modo sulle irradiazioni del me-

desimo. Considera lo stato generale delle inferme costrette a lasciar ogni lavoro, il loro deperimento dovuto allo stato di dispepsia, e fa notare come l'organismo così affievolito si presenti quale terreno assai propizio allo sviluppo del bacillo della tubercolosi. Tocca del decorso e della terminazione mostrando la grande tendenza della malattia ad assumere un andamento cronico. Dice che per la diagnosi è necessario l'esame combinato vagino addominale, e si diffonde sulle particolarità inerenti a tale manovra onde poter istituire con sicurezza e precisione non solo le alterazioni ovariche, ma altresì le complicazioni peritoneali. La *restitutio ad integrum* dei follicoli già invasi dal lavorio infiammatorio è impossibile, e quindi da tale punto di vista il pronostico è serio, ma siccome il processo non invade tutto quanto l'ovaio, così rimane pressochè sempre un buon numero di follicoli integri e normalmente funzionanti. Il pronostico si oscura tutte le volte che si accentua la formazione di un ascesso. Nei casi cronici la sterilità è inevitabile, accompagnata da forti dolori, e solo l'operazione può talora alleviare le sofferenze di tali donne, che hanno perduto ogni speranza di divenir madri.

Per la infiammazione della sierosa limitrofa, la ooforite acuta è sempre velata dai sintomi della peritonite che l'accompagna, e però il trattamento non differisce da quello della perimetrite, vale a dire il ghiaccio, il riposo, i clisteri, gli antipiretici ed i narcotici. Indica la laparotomia nei veri casi di ascessi ovarici conclamati, la puntura nei dubbi. Raccomanda la calma morale ed il riposo, rimproverando il moto delle gambe necessario a muovere le macchine da cucire, loda altresì la posizione supina a letto, i clisteri: gli avvicinamenti sessuali debbono essere proibiti.

Nei casi di riacutizzazione consiglia gli antiflogistici, le scarificazioni del collo, l'uso ipodermico della morfina indi i rivulsivi locali. Nelle ooforiti croniche dà grande importanza ai solventi, e specialmente ai preparati jodici. Si loda del massaggio, 40-75 sedute in 3 mesi, avverte di curare le concomitanze morbose che potrebbero essere a carico dell'endometrio (*curage*) assicurando che il traumatismo operatorio non ha generalmente alcuna influenza nociva. Annovera fra i mezzi utili la elettricità, e chiude la memoria dando un rapido sguardo ai disturbi nervosi di indole riflessa ed indicandone la terapia.

Decio.

M.me O. W. Prokoliewa. — **Des injections hypodermiques d'ergotine et de leurs applications.** — *Annales Gyn. et Obst.* Septembre 90.

Parla dapprima della influenza esercitata della segale cornuta sovra il sistema muscolare uterino e delle applicazioni che ne scaturiscono; tocca poscia dell'uso della

ergotina, esaminando le controversie circa il modo di amministrarla, e specialmente circa la scelta del punto ove debbasi praticare la puntura per la iniezione sotto cutanea onde evitare una reazione locale. Cita vari autori, Sviedersky, Dobrourawoff, Lilienfeld, Bumm, Wernich, che ricercarono le cause delle complicazioni che sopravvengono ordinariamente dopo l'impiego di tali iniezioni (punto della iniezione, preparazioni differenti). L'autrice afferma che in Russia nella clinica di Ott non s'osservano mai accidenti spiacevoli in grazia dell'impiego delle soluzioni sterilizzate di ergotina del prof. Poel, messe in commercio in piccoli tubi di 2 cent. cubi ciascuno. Tali preparazioni sono eseguite coll' applicazione rigorosa dei principi di asepsi e di antisepsi. La camera ove vengono preparate tali soluzioni chiamasi *Camera sublimata*, poichè le pareti sono coperte di cartoni svedesi impregnati di soluzione di sublimato. Si versa la soluzione di ergotina (preparata con acqua sterilizzata) nei piccoli tubi previamente resi sterili. Allorchè i piccoli tubi sono riempiti, sono sterilizzati di nuovo col calore a 50.° (poichè una temperatura maggiore altererebbe la soluzione) dopo di che i tubetti sono chiusi alla lampada. Le soluzioni sono debolmente acide e titolate al 10 0[0. Comodi a trasportarsi, costano solo 37 centesimi per ciascun tubo.

Decio.

Le Dentu. — **Procédé pour l'occlusion des fistules recto vaginales.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Novembre 1890.

Viste le difficoltà di riparare la fistola retto-vaginale erasi escogitato (Simon) di fendere il perineo ed il setto retto vaginale fino alla fistola, ed in seguito di riunire il tutto con una sutura come se si trattasse di una perineorafia.

Per l'A. tale mezzo è eccellente, ma lo ritiene in isproporzione colla lesione allorchè essa sia molto in alto nella vagina, tanto più che in allora diviene problematico altresì il successo della operazione. L'A. crede di aver trovata la soluzione del problema, cioè crede di aver trovato un processo meno complicato della perineorafia totale, e più sicuro della sutura diretta, previo avvivamento e che egli chiama *majutoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.* La descrizione dei vari tempi della operazione è corredata di alcune figure, che servono a chiarire il piano operatorio, senza le quali sarebbe assai difficile il farsi un esatto concetto della operazione, motivo pel quale mi astengo dal riassumerla. Le cure preparatorie, e le consecutive, le medicazioni, l'epoca in cui devono togliersi i fili, le controindicazioni alla operazione medesima, formano la seconda parte della memoria.

Decio.

Jacobs. — **Remarques cliniques et opératoires sur une série de 50 laparotomies.** — Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.* Décembre 1890.

Sono 50 laparatomie, 47 guarigioni, 3 morti, = 6 0[0. Comincia a descrivere l'ambiente operatorio, le manovre di disinfezione degli strumenti (bollitura) il materiale di sutura, il numero degli assistenti, le preparazioni del soggetto, indi viene brevemente a parlare delle generalità comuni ad ogni laparotomia e dà un ragguaglio sommario delle cure consecutive.

A. Fibro miomi uterini 6 casi, 2 volte usò il metodo extraperitoneale, 3 l'intraperitoneale, in un caso fu costretto ad abbracciare la castrazione come unica risorsa, per le aderenze e per il volume del tumore, tutti i 6 casi guariti.

B. Tubercolosi peritoneale e degli organi genitali. Sono due casi. Tubercolosi dell'utero e peritonite tubercolare, — peritonite tubercolare — salpingite tubercolare (vedi c). Il primo seguito da guarigione operatoria. Gli altri due da successo duraturo.

C. Ovaro salpingiti e salpingiti. 22 casi, 20 guarigioni e 2 decessi. In un caso la laparotomia si limitò al drenaggio, 8 casi di ablazione unilaterale, 10 bilaterali, 2 casi di ablazione bilaterale associata ad isterectomia, 2 volte distrusse semplicemente le aderenze senza alcuna ablazione. Le due morte soccombettero l'una per complicazione polmonare, e l'altra per complicazione instestinale. I risultati remoti della ablazione degli annessi sono ottimi, e nessun altro sussidio terapeutico saprebbe sostituire il trattamento radicale. Nelle salpingiti purulente unilaterali, la sola ablazione da un lato basta alla guarigione, nelle salpingiti catarrali interstiziali bisogna praticare l'ovaro salpingectomia doppia.

D. Laparotomie esplorative. 7 casi, nessun decesso. Vi ricorse nei casi di diagnosi oscura e dubbia e là ove all'indomani di una eseguita laparotomia lo stato della operata lasciava dei dubbi di complicazione degli organi addominali. Raccomanda una tale pratica specialmente nei casi di complicazioni intestinali. Egli vide prontamente scomparire la paresi intestinale così frequente dopo una laparotomia di lunga durata mercè un lavaggio della cavità peritoneale con acqua bollita (40° 42). Non esitò a praticare per ben due volte a breve ora di distanza su una stessa paziente tale manovra, la malata guarì.

E. Cisti ovariche, degenerazione sclero-cistica dell'ovaio, cisti del legamento largo. 7 casi 7 guarigioni. Di queste 7 osservazioni 2 furono di cisti dermoide, una di cisti sierosa, 2 del legamento largo e 2 semplici.

F. Isteropessia addominale. 6 osservazioni: l'A. l'applicò sempre nei casi

di retrodeviazioni uterine irreducibili e dolorose. Ebbe 6 successi soddisfacenti, però la reputa operazione raccomandabile.

G. Tumore intestinale, osservazione 1. Trattavasi di un tumore carcinomatoso del colon discendente, fu praticata la resezione dell'intestino a circa 2 centimetri da ciascuna parte del tumore, operazione laboriosa, la operata morì il giorno dopo.

Decio.

Nicolas San Juan. — **Notes sur les fibro-myomes utérines.** — *Revue des maladies des femmes*, n. 12, 1890.

L'A. fatto lo spoglio delle proprie osservazioni, rilevando la notevole differenza che esiste fra il numero delle donne affette da fibro-miomi appartenenti alla classe agiata e quello delle malate appartenenti alla classe lavoratrice, e la frequente coincidenza dei fibromi uterini colle lesioni organiche di cuore esprime la opinione che *la produzione dei fibro-miomi uterini sia un fatto subordinato alle manifestazioni dell'artrite*, comprendendo sotto questo nome, il reumatismo e la *gotta*. Riguardo al diagnostico l'A. trovò quasi costante il fatto che l'aumento della cavità uterina è proporzionale allo spessore del tessuto uterino che contribuisce a formare la capsula o le capsule dei tumori. Raccomanda una terapia subordinata alle indicazioni dell'artrite e principalmente le acque termali speciali e venendo a parlare del trattamento elettrico ricorda come con questo mezzo non si possa sperare la riduzione totale del volume dell'organo, e però preferisce seguire il Cheron che adopera solo l'azione elettro-dinamica colla quale si agisce unicamente riducendo di volume le fibre muscolari ipertrofizzate del parenchima uterino. Questo trattamento palliativo deve essere applicato solo nei casi di fibromi intramurali: e per la cura radicale si ricorrerà all'isterectomia addominale.

Dott. F. Villa.

R. Frommel. — **Zwei seltene Bildungsanomalien der weiblichen Genitalien** *(Due rare anomalie di prima formazione dei genitali muliebri)*. — *Münch. Medic. Wochenschrift*, N. 15, 1890.

Si tratta di due casi di anomalia rara che diedero entrambi occasione ad intervento operativo: nel primo si riscontrò utero unicorne rudimentario con rudimento dell'altro corno.

B. Elisa d'anni 20, servente, di famiglia sana e sempre sana in passato; non è ancora mestruata. Da tre anni si sono manifestati a periodi regolari dolori

colici al basso ventre, i quali crescono di anno in anno non solo di intensità, ma di durata in modo così ragguardevole da renderla ogni quattro settimane per più giorni incapace al lavoro. La paziente è alta di statura, ha scheletro ben costituito, muscoli bene sviluppati, pannicolo adiposo sufficiente: le mammelle sono discretamente grosse, adipose: la sostanza glandolare è bene sviluppata. Il monte di Venere è abbondantemente coperto di peli, i genitali esterni sviluppati in modo affatto normale, e così pure l'imene che è lievemente increspato. Immediatamente al disopra di questo si trova l'orificio esterno dell'uretra, il quale è alquanto dilatato e mostra libera ed esposta la propria parete posteriore per una lunghezza di circa mezzo centimetro. L'imene non forma il limite esterno di un lume vaginale, ma traverso alla di lui apertura si può vedere una parte cutanea che è affatto identica ai tegumenti esterni. L'esploraziane rettale combinata durante la cloronarcosi, diede i seguenti risultati: nessuna traccia di vagina o di cordone ad essa somigliante: all'incontro nel mezzo del bacino forse con lieve inclinazione verso sinistra, si distingue un corpo piccolo, abbastanza mobile, duro, grosso quanto una piccola noce dal quale tanto verso destra quanto verso sinistra si può seguire un sottile cordone facilmente distinguibile. Da ambo i lati un corpicciuolo a forma di mandorla affatto simile alle ovaie: nessun accenno a legamento rotondo.

Si fece diagnosi di rudimentale sviluppo dell'utero bipartito, con forte sviluppo della porzione cervicale ed ovaie normali. I dolori regolarmente ripetentisi dovevano presumibilmente attribuirsi alla ovulazione, mentre per la piccolezza delle parti riferibili all'utero non si doveva pensare a menstruazione.

Al 6 novembre 1889 operazione: nel piccolo bacino si trovò il tumore già accennato deviante alquanto dalla linea mediana, piriforme, della grossezza di una noce. A sinistra una tromba breve e sottile che non aveva estremità frangiata ma terminante a punta e chiusa: dove la tromba si staccava dal corpo piriforme si poteva riconoscere un legamento rotondo debolmente sviluppato. Al di dietro della tuba l'ovaio normalmente sviluppato con proprio mesovario: di normale sviluppo il legamento largo di questo lato: dalla parte ove il corpo piriforme si assottigliava, un lungo e sottile cordone dirigevasi verso il lato destro del bacino e a questo cordone, terminante a forma di fuso, seguiva una breve tuba ugualmente chiusa, ed alla fine del rigonfiamento si poteva riconoscere un legamento rotondo debolissimamente sviluppato, mentre ad esso per mezzo di un legamento ovarico di 4 cent., era congiunto l'ovaio destro. Si estirparono il corpo piriforme e gli annessi di sinistra, e quindi il rigonfiamento fusiforme e i di lui annessi, sicchè rimane nella cavità addominale solo il pezzo mediano del solido cordone collegante il corpo piriforme e il piccolo rigonfiamento. Decorso buono: dopo 3 settimane la malata poteva essere dimessa.

Esaminando il corpo piriforme esportato si riconobbe che esso possedeva nella parte superiore una cavità grande quanto un pisello, coperta dalla mucosa uterina ricca di ghiandole, mentre la tuba ad essa pertinente possedeva solo un debole lume la cui continuazione colla piccola cavità non si poteva con sicurezza riconoscere. La parete del corpo era di tessuto uterino tipico. Il piccolo rigonfiamento possedeva, come la breve tuba un piccolo lume, e il tessuto che lo formava era pure uterino. Ambe le ovaie fortemente sviluppate mostravano alla superficie numerosi follicoli di Graaf di età diversa.

Volendo ora classificare questo reperto secondo il classico lavoro di Kussmaul, bisognerebbe dirlo: « Utero unicorne parzialmente escavato con rudimento solido dell'altro corno. Difetto di vagina. » Un caso analogo fu pubblicato dallo Schroeder ed esposto dal Grasser in una dissertazione. Quanto alla condotta operativa fu informata all'idea di liberare la donna dai dolori mensilmente ricorrenti che la rendevano incapace a proficuo lavoro, molto più che comunicazioni di Peaslee, Langenbeck, Savage, Kleinwächter, Schroeder, Martin attestavano che la castrazione nello sviluppo rudimentale dei genitali, aveva durevolmente migliorati i disturbi dismenorroici.

Deficienza di perineo, incontinenza anale: G. Giovanna di 21 anni senza labe ereditaria e sempre sana in passato è mestruata dal 15° anno in poi prima irregolarmente, poi in modo affatto normale. La madre portò la giovane a visitare alla Clinica essendo essa difettosa nelle parti sessuali per sapere se la poteva maritare, molto più che la stessa nei primi anni si poteva con grande difficoltà tenere pulita e che anche ora la continenza delle feci diarroiche e dei gas era impossibile. La fanciulla gracile, di discreta nutrizione e di grandezza media ha il monte di Venere ben coperto da peli, clitoride e labbra normalmente sviluppate, imene integro. Proprio alla commisura posteriore delle labbra comincia la mucosa della parete anteriore dell'intestino, sicchè manca ogni traccia di perineo. L'apertura anale non bene chiusa permette senza difficoltà l'introduzione di due dita e se si invita la paziente a chiudere lo sfintere si sente e si vede che esso, alla parte superiore della apertura anale poco funziona: la nessuna traccia di lesioni e le asserzioni della madre assicurarono congenito questo stato di cose.

L'A. non trova nella letteratura alcun caso paragonabile a questo ma la spiegazione di questo arresto di sviluppo non gli sembra offrire difficolià dopo il lavoro di Reichel che, nelle sue ricerche nell' embrione umano riconobbe che il perineo non si forma come aveva descritto Perls per un' approfondimento del setto di Douglas ma per un' accrescimento simmetrico delle tuberosità anali nella linea mediana. Queste tuberosità anali crescono originariamente dietro alla cloaca, si spingono crescendo all' innanzi e si pongono colla loro terminazione anteriore al didietro delle pieghe genitali.

Dopochè pieghe genitali e tuberosità anali l' una sotto l' altra e insieme sulla linea mediana sono cresciute, entrano verso l'alto in connessione col setto di Douglas, onde si forma non solo il perineo, ma anche una porzione del retto. Nel caso dell'A. è verosimilmente avvenuta una unione delle pieghe genitali sulla linea mediana e le tuberosità anali e la porzione anale del retto si sono sviluppate, ma la riunione delle tuberosità anali sulla linea mediana non è avvennta. In questo modo riesce anche chiaro come lo sfintere esiste nella massima parte, ma le estremità terminali del muscolo costrittore non si siano l'una all'altra riunite: si tratta dunque di un difetto di prima formazione delle tuberosità anali che nelle sue conseguenze si

avvicina a quelle delle lacerazioni perineali complete. La cura operativa fu col metodo Lawson-Tait-Sänger. Divisa la mucosa anale dalla commisura posteriore mediante un taglio trasversale di 1 cent. e mezzo e formato un lembo piccolo in alto e più grande in basso mentre le estremità del taglio trasversale prolungate per piccolo tratto, si dirigevano in alto verso le labbra, in basso verso la porzione anale, con riunione trasversale di questa cruentazione mediante crine di Firenze si ottenne un perineo di 2 cent. e un prolungamento e ristringimento della parete anteriore della porzione anale. La continenza fu ottenuta. Sarebbe interessante che fatti analoghi venissero pubblicati.

Dott. R. Polacco.

Felizet. — **Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale.** — *Annales de Gyn. et Obst.* Janvier 1891.

Dopo aver esposto la definizione della fistola retto-vaginale, viene a parlare del carattere ribelle di tale infermità, che egli crede essere legata, più che al passaggio delle materie fecali, al passaggio di ventosità. Tali gas avrebbero per l'A. il triste ufficio di insinuarsi, dopo fatta la sutura, fra le superfici cruentate ed impedirne il coalito. Espone un caso di guarigione *immediata* di una fistola retto vaginale *antica* ottenuta senza cruentazione, senza sutura, e col mezzo di una operazione di una facilità estrema e della durata di qualche minuto. Trattavasi di fistola retto-vaginale consecutiva a parto, ripetutamente curata coi caustici. A 2 centimetri e mezzo al disopra della forchetta, a sinistra della linea mediana, si scorgeva un piccolo bottoncino rosso circondato da una massa callosa circolare. La sonda passava facilmente dalla vagina al retto secondo un tragitto obliquo ascendente il cui sbocco era a 5 centimetri dall'orificio anale e sulla linea mediana. La parete retto vaginale era un po' più ispessita del normale. La donna fu operata nella cloronarcosi. Introdotto l'indice nel retto, il pollice deprime il perineo indi vicino al pollice pratica una incisione semicircolare di 6 cent. di lunghezza. Il dito nel retto fa da guida al bistorì che viene sdoppiando la parete retto-vaginale, e va ad incontrare una sonda scanellata, che un aiuto mantiene nel tragitto fistoloso per indicare il termine del primo tempo della operazione. Ritirata poi la sonda, lo sdoppiamento del retto viene con precauzione spinto al di là della fistola in modo da sorpassare di qualche millimetro le callosità del tragitto. Il dito introdotto allora in questo interstilizio allarga la breccia, e respinge in avanti il foghetto anteriore dello sdoppiamento. Adunque sdoppiato il perineo la fistola rimane tagliata di traverso, e l'effetto di questo primo tempo è palese, la trasformazione di una fistola retto-vaginale in due fistole, cioè in una vagino-perineale ed un'altra retto-perineale.

Il secondo tempo è semplicissimo. La sonda scanellata è impegnata nella fistola retto-perineale e si procede al taglio come nella fistola anale. Quanto alla fistola vaginale essa è lungi dal retto. La vagina comunicherà non più col retto, ma con una fenditura indipendente, che, medicata, si colmerà più tardi dopo aver derivati e ricevuti i gas e le materie il cui passaggio manteneva la comunicazione retto-vaginale. Nel caso poi che la apertura vaginale fosse molto ampia potrebbe altresì essere tentata la sutura.

Decio.

G. Phocas. — **Contribution a l'étude du traitement des calcules vésicaux chez la femme et en particulier de la dilation du col de la vessie chez la femme.** — *Annales de Gyn. et Obst.* Novembre e dicembre 1890.

In un primo paragrafo consacrato alla parte storica, cita varie monografie sull'argomento dalle quali emerge che la dilatazione era conosciuta presso i greci ed antichi egizi. Quindi passa in rassegna le conoscenze di tale metodo terapeutico che si ebbero nell'evo medio, per venire finalmente ai nostri giorni coi nomi di Mery, Tolet, Deschamps, Dupuytren, Cooper, Simonin de Nancy, Simon d'Heidelberg, Rogie, Flottard, Curtil, Estraband, Pousson, Hartmann, Kirmisson, Terillon, Desprès, Sée, Pozzi, le Dentu, Winkel, ecc.

In un secondo paragrafo studia l'espulsione spontanea dei calcoli vescicali della donna, sia dalle vie naturali, sia dal setto vescico vaginale perforatosi in seguito ad ulcerazioni. Cita una discreta casuistica dichiarando che la espulsione dei calcoli non è un fatto raro. Crede che nei casi di calcolosi complicata a gravidanza, quest'ultima imprima una iperattività alla vescica da provocare l'espulsione spontanea del calcolo. Circa alla successiva incontinenza d'orina l'A. è di avviso che debbano prendersi in considerazione tre fattori e cioè il volume del calcolo, il modo rapido o lento di espulsione, e le condizioni anteriori delle vie orinarie. Scopo della chirurgia si è quello di regolare tale spontanea espulsione e cioè che essa si compia in modo nè troppo rapido nè troppo lento, il che si ottiene colla dilatazione sollecita e graduale. L'A. è d'opinione che sia meglio cloroformizzare la paziente anzichè ricorrere alla anestesia locale colla cocaina. Previe le norme antisettiche devesi agire dolcemente e lentamente ottenendo il massimo di dilatazione in pochi minuti senza provocare lacerazione o rotture. Dice che non si può dare un limite nel tempo, variando questo a seconda dei casi: la dilatazione non dovrà sorpassare certi limiti (4 centimetri) ma anche per questo punto non si può dare una regola per tutti i casi. Opina che gli strumenti per la dilatazione uretrale non hanno che una importanza relativa. Ogni

osservatore ha le proprie predilezioni, in ogni modo sarà meglio praticare qualche sbrigliamento del meato prima di incominciare la dilatazione onde evitare una eventuale lacerazione. La dilatazione si eseguisce per diversi scopi: I. A scopo esplorativo diagnostico. — II. Per l'estrazione di un calcolo. — III. Per levare o distruggere col raschiamento un tumore della vescica. — IV. Per calmare i dolori da cistite nevralgica. — V. Per l'estrazione di corpi stranieri. — Da ciò emerge che la dilatazione può essere per sè stessa una operazione, oppure il primo atto di una operazione successiva. Cita la statistica di Pousson, 33 estirpazioni di tumori vescicali eseguite per le vie naturali. La mortalità è del 10 0[0 in confronto al 50 0[0 ottenuta con altri metodi operatori. A dimostrare poi la innocuità della dilatazione spinta ad alto grado, senza occasionare incontinenza d'orina, cita una interessante osservazione. Tumore della vescica, ematuria, stato generale grave, dilatazione dell'uretra nella narcosi. Raschiamento della cavità vescicale. Miglioramento manifesto — nessuna incontinenza.

Non crede imputabile alla dilatazione la mortalità osservata nei tumori renali. Crede che nelle cistiti dolorose la dilatazione sia un processo infedele. Non può pronunciarsi nettamente in proposito alla incontinenza, che può seguire la dilatazione, e annovera un caso in cui la incontinenza (da calcolo) guarì dopo la dilatazione o l'estrazione del calcolo stesso. La incontinenza può essere un fatto soltanto temporaneo. Data l'integrità perfetta delle vie orinarie e dei reni, la mortalità si può ritenere nulla.

Decio.

Lesi. — **La III operazione del Porro.** — *Raccoglitore Medico.* Gennaio, 1891.

È una lettera diretta al chiaris. prof. Casati, in cui l' A. espone un caso di operazione Porro, per togliere una testa fetale rimasta nell'utero in seguito a manovre di estrazione podalica. Inutili furono le ripetute applicazioni di forcipe, e vani i tentativi coll'uncino, laonde ebbe ricorso alla via laparotomica, e preferì la operazione Porro perchè per esperienza propria aveva già ottenute 2 guarigioni, mentre aveva dovuto registrare l'insuccesso in quattro tagli cesarei classici. Con un unico aiuto, circondato da ambiente infelice sotto ogni rapporto, in una parola con iscarsissime risorse fu praticata la amputazione utero-ovarica, ciò nondimeno l'esito fu fortunato.

Decio.

H. Lambinon. — **Du danger des injections de Koch pendant la durée de la grossesse.** — *Journal d'accouchements*, n. 1, 1891.

L'A. non crede che una gravida tubercolosa possa essere senza pericolo sottoposta alla cura di Koch poichè le donne tisiche, al pari di quelle che si trovano in uno stato qualsiasi di debilitazione, presentano grande facilità all'aborto, e quindi in tali soggetti devesi evitare ogni trattamento perturbatore ed anche le iniezioni di Koch non devono essere esperimentate in causa degli effetti generali spesso intensi che producono. In appoggio cita il caso di una paziente affetta da lupus, la quale presentò reazione generale intensissima, iperpiressia e collasso ed abortì essendo gravida di tre mesi. Vennero fatte due iniezioni, la prima di un centimetro, la seconda di 9 millimetri cubici. Dott. F. Villa.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Società Medico-Chirurgica in Bologna.

Nella seduta del 16 gennaio il dott. Bordè riferì sul *metodo di cura del professor Massarenti nella febbre puerperale.* Consiste questo nel cauterizzare la superficie uterina con acido fenico cristalizzato sciolto in alcool. Espone il mezzo di applicazione, cioè a dire impiego della soluzione (30 grammi) con uno schizzetto poichè il batuffolo male corrispondendo, la cauterizzazione riesce incompleta. Una lavatura borica segue la iniezione ed è destinata ad allontanare l'eccesso di acido fenico il quale potrebbe produrre inutili lesioni colando dalla vulva fra le natiche. Crede che l'acido agisca solo chimicamente per la cauterizzazione prodotta; che si possano iniettare più di 30 grammi perchè la parte cauterizzata non assorbe più. L'acido carbolico non dà luogo o quasi ad escara e non lascia materiale putrescibile, distrugge i microbi, altera il terreno di coltura. Dice che l'intervento deve essere sollecito, e cita 9 casi con esito di pronta guarigione. Dovendo scegliere fra il raschiamento dell'utero, la lavanda antisettica ordinaria e la causticazione, è assai più semplice e comoda questa ultima. Il socio dott. Gaglio obbietta che con la concentrazione dell'acido al 10 0[0, che provoca la coagulazione degli albuminoidi, si potrebbero ottenere uguali effetti ed anzi maggiori dal lato cauterizzazione senza temerne i danni (1). Decio.

(1) Mi piace quivi ricordare come anche io abbia usato tale metodo di cauterizzazione sopra parecchie ammalate allorchè prestai servizio nella sala delle puerpere infettive alle dipendenze del Comparto Ginecologico Ostetrico diretto dal prof. Luigi Mangiagalli. Colpito della efficacia che la soluzione fenica al 10 0[0 suole dimostrare sulle escoriazioni coperte di escare di triste aspetto nelle forme puerperali

BIBLIOGRAFIA

Studi di Ostetricia e Ginecologia.

Con tale intitolazione, il giorno 9 dicembre 1890, le scuole ostetriche di Parma, Padova, Pavia, dirette ognuna da tre discepoli del prof. Domenico Tibone, professore di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Torino, offrivano un volume di scritti al maestro onde commemorarne il 25 anniversario di insegnamento col grado di ordinario.

Il volume, in 8, di 305 pagine, contiene 16 memorie originali. Gli attuali assistenti del prof. Tibone pur essi portarono il loro contributo, nonchè gli assistenti delle tre cliniche accennate.

Il R. Istituto Ostetrico Ginecologico di Padova diretto dal prof. G. Inverardi, già assistente dell'Istituto Ostetrico Ginecologico di Torino dal 1 novembre 1878 al 30 giugno 1886, presenta quattro memorie.

Prof Inverardi. « Dodici casi di ovarosalpingectomia. » — Dott. Tullio Ferrari. « Due operazioni cesaree » (metodo conservativo). — Dott. E. Zaramella. « Di un caso di gastro-isteropexi per prolasso uterino di terzo grado » — Il dottor G. Ferruta descrive un bacino trasversalmente ristretto.

Il prof. Calderini (clinica di Parma) che fu egli pure assistente del prof. Tibone dal 1867 al 1869 presenta una memoria sul parto prematuro artificialmente provocato in Italia, e si diffonde sulle indicazioni e sui metodi. — L'assistente del prof. Calderini, il dott. Giuseppe Crosti di Milano, espone delle considerazioni fisico-patologiche sul processo di cornificazione della vagina nei pro-

---

infettive, escare che talora invadono il collo uterino sede di molteplici lacerazioni, ho voluto esperimentare tale soluzione, precipuamente in quei casi, dove, dopo aver più volte ripetuto il raschiamento indicato dall'arresto di placenta in via di gangrena, non mi era stato possibile il modificare le condizioni dell'endometrio ad onta di generose irrigazioni endouterine antisettiche praticate col sublimato corrosivo, là ove la febbre mantenevasi alta, e ove il pertinace secreto sanguigno-icoroso fetente, non lasciava alcun dubbio che la superficie uterina, benchè sgombra di residui placentari, si trovasse in condizioni assai grame.

Io ho usato il batuffolo di cotone idrofilo intriso di soluzione fenica al 10 0[0 montato sopra una pinza da medicazione uterina, colla quale, a speculum (Simon) applicato, e fisso il collo mercè una pinza di Schroeder, mi era agevole il cauterizzare ogni punto della cavità, la quale può talora essere così ampia da supporre inefficace la quantità di liquido iniettata dal Bordè, e può a mio credere essere distribuita non equamente nella cavità stessa.

L'effetto di tali cauterizzazioni si manifesta subito colla modificazione del secreto lochiale, colla caduta della febbre. Un fatto che merita di essere accennato si è questo: praticata la cauterizzazione se dopo 2 giorni si eseguisce l'*ecouvillonage*, imprimendo alla spazzola il solo moto di rotazione sopra il proprio asse, accade spesso di vedere le setole come avvolte in una vera pellicola bianco-grigiastra (escara). Ciò dimostrerebbe che anche soltanto colla soluzione al 10 0[0 si può ottenere la cauterizzazione e l'escara consecutiva senza ricorrere alle soluzioni concentratissime come vorrebbe il Massarenti, soluzioni non scevre di taluni pericoli.

Dott. Decio.

lassi. La memoria è corredata di due splendide tavole a colori rappresentanti sezioni microscopiche. Il dott. **Pozzoli** ha un caso di operazione cesarea Saenger con esito felice per la madre e per il bambino. Una descrizione anatomica di un mostro, pur essa corredata di una tavola, è offerta dallo studente **De Laura**.

Dalla clinica ostetrica di Pavia provengono quattro lavori. Il primo del prof. **A. Cuzzi** (pur egli assistente del prof. Tibone dal 1874 al 1876) sul laccio elastico nel trattamento intra-peritoneale del peduncolo nelle laparomiomotomie dcon ue tavole dimostrative. Il secondo lavoro, del dott. **Ernesto Pestalozza**, intitolato: « Studi anatomici e clinici sull'utero in gravidanza ed in travaglio. » L'erudita memoria contiene molte interessanti figure che rappresentano sezioni verticali e trasversali di utero gravido ottenute col sistema del congelamento non che altre tavole istologiche. Un contributo alla conoscenza dei primi stadi di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi viene esposto dal dott. **Innocente Clivio**, è un lavoro di istologia illustrata da splendide tavole dimostrative disegnate con una finezza di dettagli che di rado accade di osservare nelle pubblicazioni di tal genere. Il dott. **Antonio Cioja** reca un contributo allo studio della patogenesi della nefrite gravidica e della eclampsia. Il dott. **Luigi Acconci** libero docente, aiuto del prof. Tibone, ha una memoria sulla cura della parametrite suppurata. Il dott. **Carbonelli** su di una causa rara di distocia per brevità relativa del cordone ombellicale. Il dott. **Vittorio Gallia** un contributo alla eziologia dell'osteomalacia. Il volume si chiude con una nota del dott. **Pietro Caviglia**, a proposito di un nuovo segno per la diagnosi di morte del feto nell'utero.

Di ogni singola memoria verrà fatta menzione speciale nella parte *Rassegna* dei prossimi numeri del Giornale.

NECROLOGIO

Carlo Braun v. Fernwald.

Moriva il 28 del p. p. marzo. *Tanto nomini nullum par elogium!* Celebrato in tutto il mondo, sapientissimo maestro, valente operatore, aveva contribuito in modo straordinario al lustro della Scuola Viennese, la quale deve a lui la fondazione della clinica ginecologica ed il notevole miglioramento dell' igiene della vasta maternità. — Nato a Zisterdorf presso Vienna il 22 marzo 1822, Libero Docente a Vienna, indi professore di ostetricia a Trento, per cui l'opera sua si collega in certo qual modo colla storia dell'ostetricia italiana, passò nuovamente a Vienna nel 1857, e, fino a pochi giorni prima della morte, vi dispiegò la sua grande attività di clinico, esercitando per quasi mezzo secolo in modo incontrastabile l'autorità di capo scuola e scrivendo od inspirando numerossimi lavori.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Maggio 1891. Num. 5.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. Scuola Pareggiata d'Ostetricia nell'Ospizio di S. Caterina in Milano
DIRETTA DAL PROF. COMM. E. PORRO.

Rendiconto Clinico dell'anno 1890

PEL

Dott. ANNIBALE BERTAZZOLI
Primo Assistente e Libero Docente in Ostetricia.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
9 JUN 91
LIBRARY

Al 1.° gennaio si trovavano in Ospizio:

16 gravide sane
1 gravida ammalata
19 puerpere sane
1 puerpera ammalata.

Durante l'anno solare 1890 entrarono:

555 gravide sane
19 gravide ammalate
10 ammalate di forma ginecologica.

Ed al giorno 31 dicembre rimanevano in Ospizio:

23 gravide sane
13 puerpere sane
1 puerpera ammalata.

I parti furono in tutto 548, di cui 540 semplici ed 8 gemellari; e riguardo all'epoca vanno così divisi:

17 abortivi
131 prematuri e precoci
400 a termine.

Circa il modo di effettuazione dei parti se ne ebbero:

439 naturali
39 manuali
78 strumentali.

Sulle dieci ammalate di forma ginecologica vennero eseguiti i seguenti atti operatori:

4 volte l'ovariotomia per cistomi ovarici,
2 volte l'ovaro-salpingectomia per fibromi uterini,
2 volte l'ovaro-salpingectomia per processo morboso degli annessi,
1 volta la laparotomia per ematocele suppurato,
1 volta l'ablazione di tumore addomino-parietale.

In una ricoverata osteomalacica, in 23.ª giornata dal parto, ad arte provocato per l'osteopatia, venne eseguita la castrazione.

I decessi furono in tutto sette, e le storie risguardanti i singoli casi sono riassunte nello specchietto alla fine del presente rendiconto.

Interruzione artificiale della gravidanza.

a) A scopo medico:

N. 174 — I para, gravemente albuminurica ed eclampsica. Entra in Clinica dopo aver avuto diversi accessi convulsivi a domicilio. Gravidanza alla fine del 6.° mese e travaglio di parto appena iniziato. Introduzione di una candeletta elastica nel cavo uterino, e più tardi rottura artificiale delle membrane. Dopo nove ore, applicazione di forcipe a metà dello scavo. Feto morto, del peso di 980 grammi, e di 35 centim. di lunghezza. Puerperio morboso per eclampsia e delirio acuto. Guarigione.

N. 261 — VIII para, entra in Ospizio fortemente albuminurica. La gravidanza è nel corso dell'8.° mese. Provocazione del parto col metodo Krause; e dopo due ore dall'introduzione della candeletta elastica primo accesso eclampsico. A dilatazione di 3 cent. rottura artificiale delle membrane; ed appena la bocca uterina lo permette, applicazione di forcipe nello scavo. Feto gravemente asfittico, non rianimato, del peso di 1450 grammi, e della lunghezza di 42. 5 cent. Puerperio leggermente febbrile per endometrite.

N. 346 — I para, nel 6.° mese di gravidanza, viene condotta alla Maternità già in istato comatoso per 14 accessi eclampsici sofferti a domicilio. Albuminuria notevolissima. Provocazione del parto col metodo Kluge e Krause. Clisteri di cloralio. Rottura artificiale del sacco amniotico. Parto naturale di un feto morto macerato (peso gr. 600, lunghezza 30 cent.) Puerperio irregolare per albuminuria. Guarigione.

N. 393 — IV para, con bacino ristretto di 1.° grado. Al suo ingresso nell'Ospizio presentasi anasarcatica con notevole ambascia di respiro. Riscontrasi anche grave albuminuria. La gravidanza gemellare è giunta al principio del 9.° mese. Si provoca il parto col metodo Krause; e più tardi si fa la rottura del sacco del 1.° feto. Per indicazione materna si applica poi il forcipe sul 1.° feto ancora allo S.° S.° e in presentazione di V.° 2 p. a dilatazione uterina incompleta. Dopo mezz'ora parto naturale del 2.° feto, previa artificiale rottura delle membrane. Il primo feto pesava 1900 grammi ed era lungo 43 cent., il secondo pesava 2120 grammi ed era lungo 44 centimetri. In X.ª giornata la puerpera viene trasportata all'Ospedale Maggiore per idroemia con catarro bronchiale ed enterico.

N. 333. — I para, con gravidanza gemellare giunta quasi al suo termine. Ai gravi disturbi portati dalla notevole distensione addominale essendosi associata discreta albuminuria, si decide sollecitare l'insorgenza del travaglio mediante introduzione di una candeletta elastica nel cavo uterino. Dopo 8 ore rottura artificiale del sacco del 1.° feto, sul quale, trascorse altre due ore veniva applicato il forcipe, alla parte alta dello scavo, previa ripetuta isterostomatomia, il sollecito intervento essendo richiesto dal rapido aggravarsi dei fenomeni polmonari. Rivolgimento sul 2.° feto per procidenza del funicolo, dopo mezz'ora dall'estrazione del primo. Bambini vivi del peso di 2600 grammi e della lunghezza di cent. 50 il primo, ed il secondo del peso di 3570 grammi e della lunghezza di 51. 5 centim. Puerperio morboso dapprima per difterite vulvare ed albuminuria, e più tardi per pleurite sinistra. Guarigione.

N. 464 — V para, viene passata alla Maternità nel 6.° mese di ge-

stazione dal C.° Esposti, dove da più di due mesi trovavasi in cura per la forma celtica, statale trasmessa coll'allattamento da un esposto. Offre paresi degli arti inferiori con dolori vivi alla regione lombo-sacrale. Invano venne continuata per lungo tempo la cura specifica.

Col progredire della gravidanza avendosi notevole accentuazione dei fenomeni nervosi, alla fine del 7.° mese se ne fa la artificiale interruzione col metodo Krause. A dilatazione uterina quasi completa, rivolgimento interno per presentazione trasversa del feto, che viene estratto gravemente asfittico, non rianimabile. Puerperio regolare. In 15.ª giornata dal parto ritorna al C.° Esposti assai migliorata dei dolori, e della forma di paresi agli arti inferiori.

N. 414 — VI para, cardiopatica, con gravidanza alla fine del 7.° mese. Dei feti, nati tutti naturalmente a termine, gli ultimi due erano morti durante la vita intrauterina; e però la paziente era stata inviata all'Ospizio, perchè le venisse interrotta la gravidanza prima dell'epoca in cui era avvenuta la morte nell'utero degli ultimi due bambini. Dall'interrogatorio fatto parve di doversi escludere l'ipotesi dell'infezione celtica. Per più giorni si tenne dietro con cura alle vicende del battito cardiaco fetale, intanto che la gravidanza si andava avvicinando alla fine del 7.° mese; e poi, quando la donna avvertì di sentire meno distintamente i movimenti attivi, si decise interrompere la gestazione, anche in vista dell'aggravarsi della cardiopatia. Iniezioni calde vaginali e più tardi introduzione di una candeletta elastica nel cavo uterino. Dopo mezz'ora di periodo espulsivo estrazione di un bambino morto di recente, con leggiera idrocefalia ed idropeascite. Pesava 1550 gr. ed era lungo 39 centimetri. Puerperio febbrile per endometrite. Esce dell'Ospizio in 13.ª giornata dal parto.

N. 514 — VIII para, con vizio composto della mitrale, enfisema polmonare, ed edema notevole alle gambe. Si provoca l'aborto nel corso del 4.° mese secondo il metodo Krause. Espulsione spontanea dell'uovo. Puerperio regolare.

N. 478 — IV para, gravida nel 5.° mese. Al momento del suo ingresso in Clinica riscontrasi nefrite albuminosa con dispnea gravissima. Provocazione dell'aborto col metodo Krause. Parto naturale di un feto morto, del peso di 490 gr. e della lunghezza di cent. 27. Subito dopo aggravamento notevole della dispnea, contro la quale si impiegano la inalazione di ossigeno, la caffeina, il muschio e l'etere per iniezioni ipodermiche. Leggiero miglioramento che si mantiene pei primi due giorni del puerperio. Nel terzo torna ad aggravarsi, anche per l'insorgenza di un versamento pleurico bilaterale, e nel giorno susseguente avviene il decesso. L'autopsia diede: raccolta pleurica bilaterale; ipertrofia eccentrica del

ventricolo sinistro; nefrite parenchimatosa al secondo stadio (v. specchietto finale).

N. 578 — IX para, gravemente albuminurica, gravida al principio dell'8.º mese. Provocazione del parto col metodo Kiwisch e poi con quello Krause. A dilatazione uterina quasi completa rottura artificiale delle membrane, ed abbassamento profilattico di un piede per presentazione podalica incompleta (natiche sole) d. a. Estrazione del feto per minaccia di asfissia. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 1700 grammi e della lunghezza di cent. 42. Puerperio regolare.

b) A scopo ostetrico:

N. 16 — II para. con bacino rachitico totalmente-irregolarmente ristretto-piatto (CD = 87 millim.) Il primo parto, avendo la gravidanza raggiunto il suo termine normale, veniva ultimato ancora in questo Ospizio con cefalotrizia e cranioclastia. L' attuale gravidanza si interrompe nel corso dell'ottavo mese col metodo Krause. A dilatazione completa rottura artificiale delle membrane, e quasi subito dopo applicazione del forcipe a testa scesa a metà dello scavo pelvico per procidenza del funicolo pulsante. Feto vivo del peso di 2010 gr. e della lunghezza di 45 centimetri. Puerperio regolare.

N. 92 — II para, osteomalacica, con gravidanza nel principio del 9.º mese. Provocazione del parto con due candelette elastiche e con un sacchetto Barnes N. 2. Parto naturale di un bambino vivo del peso di 2800 grammi, della lunghezza di cent. 46.5. Puerperio regolare. Questa donna venne più tardi sottoposta alla ablazione degli annessi uterini pel processo morboso osteomalacico, persistente in onta al parto provocato ed ai vari mezzi terapeutici interni messi in opera per combatterlo. (V. Laparotomie per indicazione ginecologica).

N. 167 — II para, con stenosi pelvica di primo grado da rachitismo (CD = 93-94 mill.) Il primo parto fu ultimato col forcipe ed il bambino nacque vivo. La gravidanza attuale trovasi al principio del 9.º mese, e si provoca il parto mediante candeletta elastica, che determina rottura dell'uovo verso l'alto. Il giorno seguente si applica un sacchetto di Barnes; e dopo sedici ore si interviene col forcipe alla parte elevata dello scavo per indicazione fetale. Il bambino, estratto asfittico, si riesce a rianimarlo. Pesa 2330 grammi ed è lungo 44 cent. (25 + 19). Il puerperio decorse affatto fisiologico.

N. 201 — II para, con bacino totalmente, regolarmente ristretto

(CD = 85 mill.) Il primo parto richiese il sacrificio del feto mediante craniotomia e cranioclastia (N. $\frac{160}{1886}$) Viene accolta nell'Ospizio nel corso dell'ottavo mese di gestazione per la provocazione del parto, che si compie secondo il metodo Krause. Dopo tre ore dall' introduzione della prima candeletta, rottura verso l'alto del sacco amniotico, e durante la permanenza nell'utero della seconda candeletta notevole rialzo termico. Più tardi divulsione della bocca uterina a contorno resistente, col dilatatore di Schultze; ed infine applicazione di forcipe allo stretto superiore a dilatazione ancora incompleta, per indicazione materna e fetale. Il bambino, estratto gravemente asfittico, non può essere rianimato, e con esso si sprigiona dalla cavità uterina forte odore di incipiente decomposizione. Secondamento sollecitato mediante spremitura, e generosa lavatura endouterina con soluzione di creolina subito dopo il parto. Puerperio morboso per cellulite pelvica sinistra suppurata, trattata chirurgicamente dalla via addominale.

N. 232 — I para, con bacino totalmente regolarmente ristretto, (CD = 85-86 mill.). Si provoca il parto nel corso del 7.º mese di gestazione, dapprima con due coni di laminaria, poi colla introduzione di una candeletta elastica, con un cono di tupelo lasciato in posto per 24 ore, ed infine con due sacchetti di Barnes. A dilatazione uterina di 5 cent. avviene la rottura spontanea del sacco; e più tardi, alla sera del 7.º giorno dalla intrapresa provocazione, si libera la donna col rivolgimento classico per presentazione trasversa del feto (spalla sinistra, 2.ª posizione). Il bambino pesava 1670 gr. ed era lungo 44 cent. (24 + 20). Il puerperio decorse affatto regolare.

N. 272 — III para, con pelvi semplicemente piatta, ristretta di 2.º grado. I primi due parti furono artificiali, ed il secondo venne ultimato nell'Ospizio colla craniotomia e cranioclastia (N. $\frac{152}{1886}$). La gravidanza trovasi alla fine dell'8.º mese e se ne provoca la interruzione col metodo Krause. Parto naturale di un bambino vivo, sano, del peso di 2050 grammi e della lunghezza di cent. 45.

N. 139 — I para, rachitica, con bacino totalmente irregolarmente ristretto, piatto (CD = 75-80 millim.) Si fa la provocazione del parto nel corso dell'ottavo mese con laminaria, tupelo, due candelette elastiche, sacchetti di Barnes e puntura artificiale dell' uovo, impiegando più di 41 ore per ottenere una dilatazione uterina sufficiente ad un intervento strumentale. Riuscito infruttuoso il forcipe applicato allo stretto superiore, si ricorre al forcipe cefalotribo Guyon, praticando la perforazione cranica fra le branche del medesimo. Al Guyon, che lascia la presa, si sostituisce il cranioclaste del Braun, che colle trazioni esporta la squamma

occipitale. Anche l'uncino acuto non ha migliore successo e si deve ricorrere al rivolgimento per terminare l' estrazione fetale. Il puerperio decorse affatto regolare.

N. 326 — VIII para, a bacino normale e gravida nel principio del 9.° mese. Dispnea con fenomeni di grave compressione per gravidanza composta ed idramnios. Si provoca il parto precoce col metodo Krause e più tardi si fa la puntura del sacco del primo feto nel campo dell'orificio. Liquido amniotico raccolto di 1200 gr. Dopo 2 ore e 1[2 per la rilevante prostrazione della donna si passa all'estrazione del primo feto in presentazione podalica incompleta (varietà natiche sole). S. I. D. Trascorso un quarto d'ora rottura artificiale del secondo sacco, il feto essendo in presentazione di V. D. P. Colano 2700 gr. di liquido amniotico. Si attendono altri 25 minuti e poi per minaccia di asfissia si interviene con una applicazione di forcipe. Il primo bambino venne alla luce gravemente asfittico, nè potè essere rianimato, il secondo invece si riebbe abbastanza bene. Il primo pesava 2000 gr. ed era lungo 47 cent. il secondo con un peso di 2150 gr. ed una lunghezza di cent. 46.5. Puerperio regolare.

N. 385 — I para, gravida nel quarto mese coi segni manifesti di rilevante denutrizione. Soffre fenomeni di compressione endopelvica per la presenza di voluminoso fibroma del legamento largo di sinistra, pescante per esteso segmento nel piccolo bacino. Decisa l' interruzione della gravidanza, si impiega un lungo periodo di tempo ad ottenere il voluto effetto, avendosi dovuto ricorrere a sei doccie alla Kiwisch, a tre cilindri di laminaria, a tre coni di tupelo, a quattro candelette elastiche. Dopo l'ultima candeletta insorge brivido febbrile e la temperatura sale a 40.° e nel giorno seguente avvi permeabilità cervicale sufficiente all'estrazione strumentale del piccolo feto, che è morto macerato. L'espulsione della placenta si compie spontaneamente dopo 31 ore dall' estrazione del feto. Il puerperio decorse affatto regolare, e quando la paziente lasciò la Clinica in 40.ª giornata dal parto, le condizioni generali erano assai migliorate ed anche il tumore presentava discreta riduzione nel suo volume.

N. 481 — II para, rachitica, con bacino totalmente irregolarmente ristretto (CD = 90 mill.). Nel primo parto, per procidenza del funicolo pulsante, venne eseguito il rivolgimento in presentazione di vertice, e poi la craniotomia su testa posteriore. Dopo un mese dacchè la donna si trovava in Ospizio, comparvero manifestazioni cutanee di natura sifilitica, l'accidente primitivo essendo rimasto inavvertito ; per cui e per questo fatto e per essere la gestazione giunta alla fine dell'8.° mese, si decide di farne l'artificiale interruzione. Si impiegarono una candeletta

ed un sacchetto di Barnes, N. 2, a cui più tardi si aggiunsero la divulsione strumentale dell'orificio collo Schultze e la isterostomatomia colla forbice cubitata, per rendere possibile l'applicazione del forcipe, richiesto dalle condizioni materne e fetali. Il bambino estratto asfittico, è presto rianimato, ed offre una lunghezza di 46 cm. (25 + 21), con un peso di 2140 gr. Il puerperio decorse fisiologico.

Estrazione.

N. 10 — IV para, a bacino normale, gravida alla fine del 9.° mese. Feto in presentazione podalica incompleta (varietà natiche sole) S. I. D. P. allo stretto superiore. A dilatazione uterina quasi completa, abbassamento profilattico del piede anteriore, e dopo due ore si aiuta il disimpegno delle braccia e della testa per mancanza di sufficienti contrazioni uterine. Bambino leggermente asfittico, riavuto, del peso di 2400 gr. e della lunghezza di cent. 45.8. Puerperio regolare.

N. 22 — II para, a bacino normale, a termine di gravidanza. Feto in presentazione podalica incompleta (varietà natiche sole) S. I. S. A., allo stretto superiore. A dilatazione uterina di 8 cent., rottura artificiale delle membrane, ed abbassamento profilattico dell'arto inferiore sinistro, e più tardi, a tronco in parte emerso, aiuto nel disimpegno delle braccia e della testa. Bambino leggermente asfittico, riavuto, del peso di 2950 gr. e della lunghezza di 48 cent. Puerperio regolare.

N. 101 — IV para, con stenosi pelvica di primo grado (CD = 95 millimetri), gravida alla fine dell'ottavo mese. I parti antecedenti furono tutti e tre artificiali, colla nascita di un solo bambino vivo. Viene accolta in Ospizio in esordio di travaglio, a membrane integre e col feto in presentazione di V. mobilissimo allo stretto superiore. Durante il travaglio avviene lo sviamento della testa sulla fossa iliaca sinistra, e più tardi si riscontra che è l'ovoide podalico, quello che corrisponde allo stretto superiore. Allora, a dilatazione quasi completa, si rompe il sacco e si fa l'abbassamento di un piede; e poi, sopraggiunta sofferenza fetale, si termina sollecitamente il parto mediante l'estrazione. Bambino gravemente asfittico, ma rianimato, del peso di 2250 gr. e della lunghezza di cent. 45. Puerperio regolare.

N. 109 — X para, a bacino normale, a termine di gravidanza. Feto in presentazione podalica completa, assai voluminoso. Abbondanza di liquido amniotico. Abbassamento del piede destro, ed aiuto nel disimpegno della metà sopraombellicale del feto, per insufficienza uterina e

minaccia di asfissia. Bambino asfittico di primo grado, rianimato, del peso di 3750 gr. e della lunghezza di cent. 50. Puerperio regolare.

N. 65 — (Vedi complicanze ed intervento nei parti composti).

N. 142 — XIII para, a bacino ampio ed a gravidanza a termine. Feto in presentazione podalica completa S. I. S. T. alla parte alta dello scavo pelvico. Per sofferenza fetale si interviene coll'estrazione dopo quasi tre ore di periodo espulsivo; ed il bambino, venuto alla luce asfittico, è presto rianimato. Pesa 3670 grammi ed e lungo 51 cent. Puerperio regolare.

N. 166 — (Vedi complicanze ed intervento nei parti composti).

N. 182 — I para, con bacino totalmente, irregolarmente ristretto di primo grado. Gravidanza nel corso dell'ottavo mese, complicata da poli-idramnios (gr. 1450). Feto vivo in presentazione podalica incompleta (natiche sole) S. I. S. A. Per stanchezza della donna, causa la lunga durata del primo periodo del parto, e dopo mezz'ora di periodo espulsivo, si aiuta l'uscita del feto, già all'anello vulvare, colle solite manovre. Bambino asfittico, non rianimato, con chiazze cutanee sospette e fegato molto voluminoso, del peso di 1750 gr. e della lunghezza di 40 cent. Puerperio leggermente febbrile per endometrite. Lascia l' Ospizio in 11.ª giornata dal parto.

N. 211 — I para, a bacino normale, e gravidanza a termine. Feto in presentazione podalica incompleta (natiche sole) S. I. S. A. Si facilita l'uscita del feto uncinando dapprima col dito l'inguine anteriore, e poi, colle solite manovre dell'estrazione, causa l'insorta inerzia uterina, quando la parte presentata premeva da tempo sul piano perineale. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 2770 gr., e della lunghezza di cent. 49.5. Puerperio fisiologico.

N. 299 — IV para, gravida nel corso del 7° mese con polidramnios. Feto in presentazione podalica incompleta (natiche sole) S. I. D. P. Puntura delle membrane a dilatazione uterina quasi completa, e colano 2700 gr. di liquido. Dopo un'ora di periodo espulsivo si interviene coll'estrazione per insufficenza uterina, e si porta alla luce un bambino anencefalico, che muore quasi subito dopo l'uscita, coi caratteri dell'immaturità. Puerperio regolare.

N. 341 — I para, ben conformata, a termine di gravidanza. Feto vivo in presentazione podalica incompleta (natiche sole) S. I. D. T., già scesa a metà dello scavo pelvico. Dopo 3 ore e 10 minuti di periodo espulsivo, per stanchezza della paziente, si interviene applicando il laccio

sull'inguine fetale anteriore, e poi si termina l'estrazione del feto colle manovre solite per il disimpegno delle braccia e della testa. Bambino vivo, del peso di 3200 gr. e della lunghezza di cent. 50.5. Puerperio normale.

N. 326. — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 401 — (Vedi complicanza ed intervento nei parti composti).

N. 414 — (V. interruzione della gravidanza a scopo medico).

N. 435. I para, a bacino ben conformato, ed a termine di gravidanza. Viene accolta a membrane rotte da qualche ora, ed a dilatazione uterina di 4 cent., con feto in presentazione podalica incompleta (natiche sole) S. I. S. A. ancora alla parte alta dello scavo pelvico. A bocca uterina completamente dilatata, abbassamento profilattico del piede anteriore, al quale bisogna subito far seguire l'estrazione del feto per procidenza del funicolo di 2.° grado. Il bambino nato gravemente asfittico muore dopo due ore, non ostante tutte le manovre impiegate a richiamarlo in vita; pesa 3250 gr. ed è lungo cent. 51.5. Puerperio fisiologico.

N. 486 — VII para, con stenosi pelvica di primo grado, e gravida nel corso dell'8.° mese. Dei parti antecedenti due furono artificiali colla nascita di feti morti, gli altri quattro naturali colla nascita di feti vivi. Entra nell'Ospizio a membrane rottesi spontaneamente dal giorno prima, ed a dilatazione uterina di 5 centimetri. Il feto è in presentazione podalica completa S. I. S. A., scesa a metà dello scavo pelvico, ed avvi procidenza di secondo grado del funicolo regolarmente pulsante. Dopo mezz'ora si interviene coll'estrazione per sofferenza fetale; ed il bambino, nato asfittico, è prontamente rianimato. Pesa 2 Kilogr. ed è lungo 42 centimetri e mezzo. Puerperio regolare.

N. 515 — IX para, viene accolta nella Maternità in travaglio di parto ad epoca abortiva (6.° mese), a membrane rotte ed a dilatazione uterina di 2 centimetri. Il feto morto è in presentazione podalica completa. Per febbre insorta durante il travaglio (38.° 8) si sollecita l'estrazione del piccolo feto, che è macerato, e del peso di 610 grammi. Causa il ritardo a compiersi del secondamento, dopo generosa lavatura vaginale ed endouterina, si fa il tamponamento della vagina con garza iodoformica, e si prescrive 1 grammo di chinino per bocca. Alla mattina tolto il tampone, si trova la placenta in parte staccata e discesa nel canale cervicale. Se ne compie il distacco e l'estrazione colle dita, causa la presenza di tenaci ed estese aderenze preternaturali. Puerperio regolare. Esce dalla Clinica in VII^a giornata dal parto.

N. 501 — IV para, a termine di gravidanza, e con feto in presentazione podalica completa (S. I. S. A.) Il primo parto fu naturale colla nascita di un feto vivo; il secondo artificiale per estrazione con feto morto; il terzo artificiale per rivolgimento con feto vivo. A dilatazione uterina completa rottura artificiale delle membrane, ed abbassamento profilattico del piede anteriore. Quasi subito espulsione spontanea della metà sottombellicale del feto; poi diviene necessario l'aiuto nel disimpegno delle braccia e della testa. Bambino gravemente asfittico, rianimato, del peso di 4100 grammi, e della lunghezza di cent. 51. 5. Puerperio regolare. Esce dall'Ospizio in XI.ª giornata col suo bambino.

N. 565 — I para, sifilitica, gravida alla fine dell'8.º mese. Viene accolta a dilatazione uterina quasi completa, a membrane rotte da diverse ore, e col feto in presentazione podalica completa (S. I. S. A.) ancora allo stretto superiore. Abbassamento profilattico del piede anteriore, al quale si fa quasi subito seguire l'estrazione del feto per minacciata sua sofferenza. Bambino asfittico, rianimato, del peso di 2340 grammi, e della lunghezza di cent. 45. 5. Puerperio regolare.

N. 566 — XI para, ben conformata, a termine di gravidanza. Feto voluminoso in presentazione podalica completa S. I. D. A. A dilatazione completa abbassamento profilattico del piede anteriore; e più tardi aiuto nel disimpegno della testa per minaccia d'asfissia. Bambino asfittico riavuto, del peso di 3850 grammi e della lunghezza di cent. 52. Puerperio leggermente febbrile per endometrite. Lascia la Clinica in XIV.ª giornata.

N. 578 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

Rivolgimento.

N. 76 — VI para, a bacino normale, gravida nella seconda quindicina del 9.º mese. Parti antecedenti tutti naturali. Viene accolta a dilatazione uterina di 3 cent., a membrane integre, col feto vivo in situazione trasversa (Sp. Sin. C. I. S.) — Si fa la versione cefalica con manovre esterne e si fissa la presentazione con opportuna fasciatura. A dilatazione di 6 cent. rottura spontanea delle membrane, colla quale avviene di nuovo lo sviamento della testa fetale sulla fossa iliaca di sinistra, con procidenza del braccio sinistro e del funicolo. Rivolgimento interno mettendo la donna sul fianco destro. Bambino leggermente asfittico, riavuto, del peso di 2400 grammi, e della lunghezza di cent. 45. Puerperio irregolare in 3.ª giornata per disturbi intestinali. Esce in 8.ª giornata.

N. 66 — II para, a bacino normale, a termine di gravidanza, col feto in presentazione della spalla sinistra C. I. D. Il primo parto fu ultimato in Clinica mediante craniotomia per idrocefalia fetale (v. N. $\frac{176}{1888}$). Nel parto attuale rottura precoce del sacco amniotico, a dilatazione di 4 cent. con procidenza del braccio sinistro del feto e del funicolo irregolarmente pulsante. Causa la debolezza delle contrazioni uterine e la infiltrazione cicatriziale del tessuto limitante l'orificio uterino, si ricorre a ripetuti sbrigliamenti colla forbice cubitata: e più tardi, sotto la narcosi cloroformica, si passa al rivolgimento classico. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 3410 grammi e della lunghezza di centimetri 50,5. Puerperio fisiologico. In IX giornata del parto esce dalla Clinica col suo bambino.

N. 100 — III para, ben conformata, a termine di gravidanza. Parti antecedenti naturali. In esordio di travaglio situazione obliqua del feto, che si corregge spontaneamente in presentazione di V. (d. t.), con marcata inclinazione sul parietale posteriore. A dilatazione completa rottura artificiale delle membrane, e dopo 5 ore dall'avvenuto scolo del liquido amniotico, intervento col forcipe allo stretto superiore, per mancanza assoluta di contrazioni espulsive. Non riuscendosi a modificare l'inclinazione della parte presentata, nè a farla così discendere dopo ripetute e valide trazioni, si passa al rivolgimento classico, che riesce ancora abbastanza facile per il poco addossamento dell'utero sul corpo fetale. Bambino asfittico, riavuto, del peso di 3710 gr. e della lunghezza di cent. 51.5. Puerperio regolare. Esce dalla Clinica in 9ª giornata dal parto.

N. 139 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 260 — III para, a termine di gravidanza, con stenosi pelvica di primo grado. I due parti antecedenti furono artificiali colla nascita di un bambino morto nel primo, e di uno vivo nel secondo. Viene accolta a dilatazione uterina quasi completa, ad acque colate già da 8 ore, e col feto vivo in presentazione della spalla sinistra, C. I. S. discretamente impegnata. Sotto la narcosi cloroformica, e mettendo la paziente sul fianco destro, si tenta il rivolgimento, che riesce laborioso nel momento dell'evoluzione, causa l'addossamento uterino e la presenza di una stretta ansa di funicolo fra le cosce del feto. Bambino gravemente asfittico, ma rianimato, del peso di 3540 gr. e della lunghezza di cent. 52. Puerperio regolare. Esce in 9.ª giornata.

N. 232 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 262 — V para, con stenosi pelvica di primo grado da rachitismo. Dei parti antecedenti il 1.° ed il 3.° furono naturali, gli altri artificiali. È gravida nel principio del 9.° mese, col feto in presentazione della spalla sinistra C. I. D. A dilatazione uterina completa rivolgimento classico, colla nascita di un bambino vivo, coi caratteri della precocità. Puerperio regolare. Esce in 9.ª giornata.

N. 329 — IX para, a bacino normale, gravida nella prima 15.ª del 9.° mese. Viene condotta in Ospizio con gravissima metrorragia da placenta previa centrale. Persiste collo uterino permeabile al dito esploratore. Feto vivo in presentazione V. S. T. Tamponamento vaginale che si toglie dopo quattro ore, e facendolo seguire dal rivolgimento classico. Bambino gravemente asfittico, non rianimato, del peso di gr. 3400 e della lunghezza di cent. 47.5. Puerperio regolare. Esce in 10.ª giornata dal parto.

N. 333 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

N. 434 — (Vedi complicanza ed intervento nei parti composti).

N. 503 — IV para, ben conformata a termine di gravidanza. Parti antecedenti naturali facili. Entra in Ospizio a dilatazione uterina di 3 cent., a sacco ancora integro ed a situazione obliqua del feto. Dopo due ore dall'ingresso in Clinica insorge grave emorragia per placenta previa laterale, che richiede la puntura delle membrane. La perdita si arresta, ma il feto si è disposto del tutto trasversalmente (spalla destra C. I. D), con procidenza del funicolo pulsante. A dilatazione permittente rivolgimento interno mettendo la paziente sul fianco sinistro. Bambino asfittico, riavuto, del peso di 3 Kilogr., e della lunghezza di cent. 50. Puerperio fisiologico. Esce dalla Clinica in ottava giornata dal parto.

N. 505 — III para, con stenosi pelvica da rachitismo (CD = 93 millimetri). I due parti antecedenti furono artificiali manuali colla nascita di un bambino vivo e di uno morto. Viene tradotta alla Maternità ad acque colate da due giorni, a dilatazione uterina di 5 cent. e col feto vivo in presentazione della spalla sinistra C. I. S. È assai abbattuta e leggermente febbricitante (38°). Si combatte l'inerzia uterina spasmodica con dei clisteri di bromuro di potassio e di cloralio, e dopo 1 ora e 1/4 dall'ingresso della paziente, sotto la narcosi cloroformica, si eseguisce il rivolgimento interno, mettendo la donna in posizione laterale destra. Bambino gravemente asfittico, non rianimato, del peso di 2400 gr. e della lunghezza di cent. 48.5. Puerperio febbrile per cellulite pelvica. Esce in 17.ª giornata.

N. 540 — IV para con stenosi pelvica da osteomalacia. I primi due parti furono naturali facili, a termine di gravidanza, con feti vivi; il terzo venne artificialmente provocato ad epoca precoce pel deturpamento pelvico, determinato dalla osteomalacia incominciata colla stessa gravidanza. Entra in Ospizio in travaglio di parto, dichiaratosi nella prima quindicina del 9.º mese, a dilatazione uterina di 6 cent. a sacco integro ed a testa fetale deviata sulla fossa iliaca di destra (V. d. t.). A dilatazione completa rivolgimento classico sotto la narcosi cloroformica, ed abbastanza facilmente si estrae un bambino vivo, del peso di 2800 gr., e della lunghezza di cent. 46. Puerperio regolare con pochi dolori ossei. Lascia la Clinica in 8.ª giornata.

N. 464 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

N. 524 — I para, con bacino ristretto di primo grado a termine di gravidanza. Viene trasportata all'Ospizio da un lontano comune della provincia, già in travaglio di parto dal giorno antecedente. Le membrane erano state artificialmente rotte da quella levatrice condotta sette ore prima dell'invio della paziente alla Maternità. L'utero è permanentemente contratto e l'orificio dilatato a 7 cent. Feto vivo, in presentazione della spalla sinistra C. I. D. con procidenza del braccio sinistro assai edematoso. Rivolgimento classico sotto la cloronarcosi. Bambino gravemente asfittico, non rianimato, del peso di 2650 gr. e della lunghezza di centimetri 49.5. Puerperio regolare. Esce in 7.ª giornata dal parto.

N. 543 — II para, sifilitica, gravida nella seconda quindicina del 9.º mese. Feto in presentazione della spalla destra C. I. D. A dilatazione uterina appena di 2-3 cent., rottura spontanea delle membrane, e procidenza del funicolo pulsante, alla quale più tardi s' accompagna quella del braccio destro. A dilatazione di 7 cent., sotto la narcosi cloroformica rivolgimento in posizione classica per l'incominciato moto di rotazione interna. Bambino morto, del peso di 2500 gr. e della lunghezza di centimetri 48.5. Puerperio leggermente febbrile per endometrite. Esce in 8.ª giornata dal parto.

Versione per manovre combinate.

N. 296 — IV para, ben conformata, gravida nella seconda quindicina del 9.º mese. È accolta a membrane rottesi spontaneamente in alto fuori di travaglio, che si dichiara dopo due giorni. Attraverso la borsa amniotica, in basso ancora integra, si constata la procidenza di una mano, di

un piede e del funicolo pulsante, mentre la testa, in presentazione di V., è deviata sulla fossa iliaca di destra. A dilatazione uterina permittente si tira sul piede procidente, aiutando con manovre esterne l'innalzamento della testa; e completata così l'evoluzione fetale, se ne lascia l'espulsione alle sole forze naturali. Poche contrazioni bastano alla nascita del bambino che, leggermente asfittico, è di subito rianimato. Pesa 2600 gr. ed è lungo 48 cent. Puerperio regolare. Esce in 7.ª giornata col proprio bambino.

Applicazione di forcipe.

a) Allo stretto superiore:

N. 51 — II para, con stenosi pelvica da rachitismo. — (CD = 95 millimetri). Il primo parto fu artificiale per presentazione di spalla, colla nascita di un feto vivo. Questo secondo parto, dichiaratosi a termine di gravidanza, decorse abbastanza sollecito e regolare nel primo periodo; ma nel periodo espulsivo dopo una durata di più di tre ore tendeva a farsi languido, mentre la parte presentata trovavasi ancora allo stretto superiore ed in inclinazione parietale anteriore. Si decide di intervenire allora col forcipe, e facilmente si estrae un bambino vivo, del peso di 3030 grammi e della lunghezza di cent. 50. 5. Il puerperio fu leggermente febbrile per endometrite nelle prime giornate, ma poi dalla sesta in avanti l'apiressia fu completa, e la donna lasciava la Clinica in buone condizioni di salute in X.ª giornata dal parto.

N. 73. — II para, rachitica con CD di 87 millim. Il primo parto fu ultimato col forcipe applicato allo stretto superiore; ed il bambino, estratto asfittico, non potè essere rianimato. Questa seconda volta entra in Ospizio in travaglio di parto dal giorno antecedente, a membrane rotte ed a dilatazione uterina quasi completa. Dopo un' ora e mezza dal suo ingresso si interviene col forcipe allo stretto superiore, e solo dopo assai valide e ripetute trazioni si estrae un bambino gravemente asfittico, che viene però rianimato, del peso di 2820 grammi e della lunghezza di 49. 5 cent. (26. 5 + 23). Il puerperio decorse leggermente febbrile nelle prime giornate, ma poi si fece regolare, ed in XIª giornata dal parto la donna lasciava la Clinica.

N. 81 — I para, con bacino semplicemente piatto, ristretto di primo grado. Venne condotta all'Ospizio già in travaglio di parto dalla sera antecedente e con rottura delle membrane. La dilatazione uterina è di appena 3 cent. con contorno grosso e resistente. Le contrazioni avendo

carattere spasmodico si prescrive un bagno caldo prolungato, e più tardi si amministra un clistere di cloralio. Al mattino seguente, a dilatazione di 7 cent., si applica il forcipe allo stretto superiore, richiesto dalla rilevante spossatezza della paziente per la lunga durata del travaglio. Dopo ripetute e valide trazioni si porta alla luce un bambino, assai asfittico, rianimato, del peso di 2800 gr. e della lunghezza di cent. 49 (27 + 22). Puerperio regolare.

N. 89 — III para, con stenosi pelvica da rachitismo (CD = 96 mill.) Il primo parto, a termine di gravidanza, fu naturale colla nascita di un bambino morto, per procidenza del funicolo. Il secondo, pure a termine, fu artificiale per applicazione del forcipe allo stretto superiore, ed ancora si ebbe la nascita di un bambino morto. Viene consigliata di entrare nella Maternità dal dottor Truzzi, chiamato a visitarla a domicilio, pel servizio di Consulenza Ostetrica. Le acque erano colate già da dieci ore; il V. in S. T. era fisso allo stretto superiore, e la dilatabilità uterina completa. Battito cardiaco fetale regolare. Si decide di esperire dapprima un tentativo col forcipe, ed intanto si fanno i preparativi per la sinfisiotomia, qualora il primo avesse fallito. Si applica il forcipe colle aste di trazione, e con non molto sforzo si riesce ad estrarre un bambino asfittico, ma che presto è richiamato in vita, del peso di 3400 grammi e della lunghezza di cent. 53. 5 (27. 5 + 26). Il puerperio decorse regolare, ed in 8.ª giornata dal parto la donna lasciava la Clinica col suo bambino.

N. 99 — I para, rachitica (CD = 88 millim.) Viene condotta all'Ospizio da un lontano paese della provincia, dove da quel medico condotto era stato più volte e sempre indarno tentato il forcipe. Durante il viaggio era stata colta da discreta perdita sanguigna dai genitali, per cui la povera donna quando arriva all'Ospizio, la si trova in condizioni oltremodo gravi. Anemica, e per di più albuminurica, offre polso piccolo, frequentissimo, con notevole ambascia di respiro. L'addome è dolente, massime a destra. Persiste il battito cardiaco. Presentazione di vertice in S. T. fissa allo stretto superiore. Si applica il forcipe, e facilmente si estrae un bambino di scarso sviluppo (2260 gr.), gravemente asfittico, non più rianimabile. La placenta era marginalmente previa. In 2.ª giornata di puerperio avviene il decesso ed all'autopsia si riscontra: peritonite purulenta generale da rottura perforante dell'utero (Vedi specchietto alla fine del rendiconto).

N. 130 — I para con bacino totalmente irregolarmente ristretto da rachitismo (CD = 94 millim.) È accolta nella Maternità in uno stato di grave anemia ed anasarcatica. Dichiaratosi spontaneamente il travaglio di parto ad epoca precoce, per lo stato della paziente e per la insorta

discreta albuminuria, si cerca di sollecitarne l'andamento mediante ripetuta isterostomatomia, ed a dilatazione uterina appena permittente si interviene con una applicazione di forcipe allo stretto superiore. Venne estratto un bambino asfittico, ma che si riebbe, del peso di 2630 gr. e della lunghezza di cent. 47 (25 + 22). In sesta giornata di puerperio la paziente muore per anemia perniciosa progressiva, e senza che dal lato genitale avesse presentato alcunchè di irregolare. (Vedi specchietto alla fine del rendiconto).

N. 198 — III para, con bacino ristretto di primo grado (CD = 98 millimetri). I parti antecedenti furono tutti e due artificiali colla nascita di un bambino vivo solo nel secondo. Il travaglio di parto, dichiaratosi a termine di gravidanza, decorse abbastanza spedito nel primo periodo; ma poi, rotte artificialmente le membrane a dilatazione uterina completa, si fa piuttosto languido, e perciò insufficiente a spingere la testa fetale attraverso il leggero restringimento pelvico. Si interviene col forcipe a parte presentata ancora allo stretto superiore (V. D. T.), e viene facilmente estratto un bambino asfittico, di subito rianimato, del peso di 3080 grammi, e della lunghezza di 50 centim. Puerperio fisiologico.

N. 229 — V para con bacino totalmente irregolarmente ristretto da rachitismo (CD = 86 millim.) Dei quattro parti antecedenti i primi tre furono artificiali, ed il 4.° naturale essendosi la gravidanza interrotta spontaneamente nel corso dell'ottavo mese. Viene accolta nell'Ospizio già in travaglio di parto, con rottura precoce delle membrane e con inerzia spasmodica dell'utero. La gravidanza è appena nella prima decade del 9.° mese; ed il feto in presentazione di V. I p. Avanti di poter intervenire col forcipe passarono 34 ore e mezza dall'ingresso della paziente, non ostante i mezzi impiegati a regolarizzare le contrazioni; ed applicato poi il forcipe allo stretto superiore, con poche trazioni si porta all'esterno un bambino di scarso sviluppo (1970), asfittico, non più rianimabile. Forte odore nauseabondo si sprigiona dall'utero coll'uscita del feto per rottura molto anticipata delle membrane. Il puerperio fu leggermente febbrile per endometrite, ed in 8.ª giornata dal parto la donna lasciava la Clinica.

N. 214 — II para con stenosi pelvica di primo grado. Il primo parto fu naturale colla nascita di un bambino vivo. Il secondo parto, dichiaratosi a termine di gravidanza, richiese l'intervento dell'arte, dopo tre ore di inutile periodo espulsivo, per sofferenza fetale. Il forcipe venne applicato allo stretto superiore a vertice fisso in 1.ª pos. Il bambino, leggermente asfittico, di subito si riebbe; pesava 3120 gr. ed era lungo m. 50.5 (27.5 + 23). Puerperio regolare.

N. 325 — VIII para, con bacino normale; i parti antecedenti decorsero tutti fisiologici. Viene accolta in Ospizio a membrane già rotte ed a dilatazione uterina di circa tre cent. Avvi procidenza di secondo grado del funicolo pulsante, ed il vertice in posizione S. T. è ancora mobile allo stretto superiore. Con poche contrazioni la dilatazione arriva al punto da permettere l'applicazione del forcipe, col quale viene facilmente estratto un bambino, che quasi subito vagisce, del peso di 3600 grammi e della lunghezza di cent. 50. 5. Puerperio fisiologico.

N. 291 — II para rachitica con pelvi totalmente ristretta di primo grado (CD = 95 millim.) Il primo parto fu artificiale per applicazione di forcipe allo stretto superiore, a termine di gravidanza; ed il bambino estratto gravemente asfittico, non potè essere rianimato. Il secondo richiese pure il forcipe allo stretto superiore (V. D. T.) per inerzia spasmodica dell'utero, che, indarno combattuta coi soliti mezzi, minacciava l'esistenza fetale. Il bambino infatti venne alla luce gravemente asfittico, ma potè ancora riaversi; pesava 3 Kg. ed era lungo 48 cent. (25 + 23). Dopo tre quarti d'ora dalla nascita del bambino fu necessario passare al secondamento artificiale per la accennata irregolarità nella funzione uterina, resasi ancora più manifesta durante il terzo periodo. Il puerperio fu in tutto regolare; e la donna in sesta giornata dal parto lasciava la Clinica col suo bambino.

N. 393 — (V. interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

N. 444 — IV para, rachitica con stenosi pelvica di 1.° grado (CD = 92 millimetri). Dei parti antecedenti, i due primi furono ultimati a domicilio mediante forcipe ed i bambini nacquero morti; il terzo venne provocato nell'Ospizio nella seconda decade del 9.° mese e terminato colla estrazione. Il bambino nato asfittico, potè essere rianimato. Viene accolta nella Maternità in travaglio di parto, dichiaratosi a termine di gravidanza; si trova la dilatazione uterina di 5 centimetri, le membrane sono ancora integre, e la parte presentata (V. S. A.) è mobile allo stretto superiore. Dopo due ore e mezza di periodo espulsivo, e pel notevole volume del feto e per la insufficienza delle contrazioni uterine, si interviene col forcipe allo stretto superiore, e con poco sforzo si estrae un bambino vivo, del peso di 3770 grammi e della lunghezza di cent. 53 (28 + 25). Puerperio fisiologico.

N. 579 — X para, rachitica, con bacino totalmente, irregolarmente ristretto di 2.° grado (CD = 90 mill.). Dei nove parti antecedenti i sette a termine furono tutti artificiali, strumentali, gli altri due naturali ad epoca abortiva. Entra in Ospizio in travaglio di parto, insorto ad epoca precoce, e ad acque colate dal giorno antecedente. Dilatazione uterina

di 7 cent. Feto vivo in presentazione di V. d. t., mobile allo stretto superiore e con associazione della mano destra. Sotto la narcosi cloroformica si applica il forcipe, e facilmente si estrae un bambino vivo, immaturo, del peso di 2250 gr. e della lunghezza di cent. 46. Puerperio fisiologico.

b) Nello scavo pelvico.

N. 16 — (V. interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 40 — I para a termine di gravidanza, con pelvi regolarmente conformata. Feto vivo in presentazione di V. S. t. Il travaglio di parto fino dal suo principio presentò andamento irregolare per inerzia spasmodica, che non cedette nè col bagno caldo prolungato nè coi clisteri di cloralio. A dilatazione uterina di 7 cent. si ruppero artificialmente le membrane nella lusinga di sollecitare il parto regolarizzando le contrazioni, ma sempre indarno; e dopo una mezz'ora per la stanchezza della paziente si interviene col forcipe a parte presentata non ancora rotata e discesa a metà dello scavo pelvico. Bambino vivo, pesante 3080 gr. e lungo 48 cent. Il puerperio fu morboso per cellulite pelvica, e per bronco-alveolite dell' apice destro, affezione questa che fece indicazione al trasporto della ricoverata all'Ospedale Maggiore, quando dal lato dell'apparato genitale erano completamente cessate le manifestazioni morbose.

N. 115 — I para attempata (41 anni) con pelvi normale. Entra in Ospizio in esordio di travaglio, ad acque già colate e col feto vivo in presentazione di faccia F. I. S. A. Il travaglio decorse alquanto irregolare e stentato, e più tardi vi si accompagnò anche rialzo termico (38.° 6). Si impiegarono il bagno caldo prolungato, la divulsione dell'orificio, l'isterostomatomia; dopo più di trenta ore dall'inizio del parto, a bocca uterina ancora incompletamente dilatata, si stima necessario intervenire con una doppia applicazione di forcipe sulla parte presentata scesa a metà dello scavo pelvico. Il bambino, nato gravemente asfittico, rianimato, presenta rilevante ingrossamento della ghiandola tiroidea, ed un peso di 3110 gr. con una lunghezza di 51 cent. Il puerperio fu febbrile per difterite vulvare ed endometrite.

N. 60 — (Vedi operazioni cruente sul corpo del feto).

N. 155 — I para, a pelvi ben conformata, viene condotta alla Maternità, dopo che ripetutamente, ma sempre invano, era stata sottoposta a domicilio a tentativi di liberazione mediante forcipe. Il parto dura già da oltre 41 ore ed il feto ancora vivo è in presentazione di V. 1 p.

Nella clinica, sotto la narcosi cloroformica, si applica il forcipe, e facilmente si estrae un feto assai voluminoso, un po'asfittico, ma che presto vagisce, del peso di 4080 gr. Il puerperio fu dapprima morboso per endometrite, ma in sesta giornata divenne regolare ed in X la donna lasciava l'Ospizio col proprio bambino.

N. 174 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

N. 206 — I para, gravida nel principio del 9.° mese. Feto vivo in presentazione di V. d. p., già scesa a metà dello scavo pelvico. Durante il primo periodo del parto, ad andamento assai irregolare e della durata di 18 ore, l'orina diviene in grado notevole albuminurica, per cui, a dilatazione uterina non affatto completa, si interviene con doppia applicazione di forcipe. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 2440 gr. e della lunghezza di 45 cent. Puerperio irregolare per leggera difterite vulvare.

N. 218 — IX para, anemica, con perdita sanguigna da placenta previa marginale. I parti antecedenti furono tutti naturali. L'attuale gravidanza trovasi alla fine dell'8.° mese, ed il feto è in presentazione di V. 1 p. Dopo la rottura artificiale delle membrane, cessa quasi del tutto la perdita sanguigna; ma, per le condizioni piuttosto gravi della donna, diviene necessario l'intervento col forcipe a dilatazione non del tutto completa, ed a parte presentata ancora alla regione alta dello scavo pelvico. Feto vivo, di sviluppo ottimestre. Puerperio fisiologico.

N. 216 — V para, con bacino normale. Gravidanza a termine, con feto in presentazione di V. 4 p. Dopo due ore di inutili sforzi di espulsione, si interviene per sofferenza fetale con una applicazione di forcipe a parte presentata ancora non rotata, scesa a metà dello scavo. Bambino asfittico, riavuto, del peso di 3 Kgr. Puerperio normale.

N. 225 — I para, viene condotta alla Maternità perchè il travaglio di parto durava già da tre giorni senza accenno a compiersi naturalmente. L'utero è costantemente contratto per somministrazione di segale cornuta a domicilio. Non si sente il battito cardiaco fetale. La presentazione è quella di V. in S. A., ed è discesa alla parte bassa dello scavo pelvico. Sotto la narcosi cloroformica si applica il forcipe, e si estrae un bambino morto, del peso di 2570 gr. e della lunghezza di cent. 49. Dopo 45 minuti dalla nascita del feto si è costretti a compiere artificialmente il secondamento per spasmo dell'orificio uterino interno. Il puerperio fu lungamente febbrile per gangrena vulvo-vaginale e cellulite pelvica.

N. 261 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

N. 326 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 254 — I para, attempata (33 anni). Gravidanza a termine con feto in presentazione di V. II p. Notevole fu lo stento nel periodo dilatante per la anelasticità dell'orificio uterino, che, non ostante i ripetuti sbrigliamenti, impiegò tuttavia più di 23 a raggiungere una dilatazione sufficiente all' applicazione del forcipe. L'estrazione del feto fu alquanto laboriosa per l'abnorme resistenza di tutto il canale vagino vulvare, per quanto la parte presentata fosse già scesa alla regione bassa dello scavo pelvico. Il bambino, nato gravemente asfittico, solo dopo molte manovre potè essere richiamato in vita. Pesa 3000 gr. ed è lungo 49 cent. Puerperio morboso per processo infiammatorio alla sinfisi pubica e per lenta riparazione delle lesioni vulvo-vaginali.

N. 419 — I para, a pelvi normale, viene condotta all'Ospizio da un paese della provincia, ad acque colate in esordio del travaglio, ed a dilatazione uterina di 7 cent. Il primo periodo durava già da oltre 22 ore, e la donna mostravasi oltremodo stanca ed abbattuta. Feto vivo, presentazione del V. S. P. a metà dello scavo pelvico e con notevole tumore di parto. Doppia applicazione di forcipe; ed il bambino, estratto asfittico; prestamente si rimette. Puerperio leggermente febbrile per difterite vulvare con endometrite; ed in IX.ª giornata dal parto la donna lascia la Clinica col suo bambino.

N. 361 — I para, regolarmente conformata, a termine di gravidanza con feto in presentazione di V. 1.ª p. Il primo periodo del parto fu oltremodo lungo (37 ore e 45 minuti), per inerzia spasmodica dell' utero, indarno combattuta coi bagni caldi prolungati e coi clisteri di cloralio. A dilatazione incompleta, isterostomatomia ripetuta per la rigidità spasmodica della bocca uterina, e rottura artificiale delle membrane. Intervento col forcipe alla parte alta dello scavo pelvico per la persistente irregolarità delle contrazioni, e per la stanchezza della paziente, a dilatazione uterina di appena 7 cent. Feto vivo, sano, del peso di 3730 gr. e della lunghezza di cent. 53.5. Emorragia post-partum, che si combatte mediante irrigazione calda endouterina con soluzione alla creolina e colle iniezioni ipodermiche di ergotina. Puerperio regolare.

N. 333 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico).

N. 447 — I para, albuminurica ed eclampsica. Al momento dell'in-

gresso nella Maternità è già comatosa per quattro accessi eclampsici avuti a domicilio. Si riscontra appena in esordio di travaglio. Feto vivo in presentazione di V. I p. alla parte bassa dello scavo pelvico. Introduzione di una candeletta elastica nel cavo uterino per sollecitare il decorso del parto, e dopo un'ora rottura artificiale delle membrane nel campo dell'orificio. Solita terapia medica. A dilatazione uterina di appena 6 cent., applicazione di forcipe previa isterostomatomia. Feto asfittico, rianimato, del peso di 3300 gr. e della lunghezza di cent. 49.5 Nei primi due giorni del puerperio cessazione degli accessi eclampsici, che ritornano nel terzo, e nel sesto sono accompagnati dall'insorgenza di delirio clamoroso, per cui è richiesto il trasporto della paziente in apposita sala dell'Ospedale Maggiore.

N. 476 — I para, ben conformata a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Dopo tre ore e un quarto di periodo espulsivo le contrazioni uterine avendo assunto carattere spasmodico, s'interviene col forcipe alla parte bassa dello scavo pelvico, a rotazione interna già in parte avvenuta. Bambino vivo, del peso di 3600 gr. e della lunghezza di cent. 50 (26.5 + 23.5). Lacerazione perineale di secondo grado. Puerperio regolare, ed in X.ª giornata dal parto la donna passa col suo bambino come nutrice interna al Comparto Esposti.

N. 437 — II para, a pelvi normale. Il primo parto fu naturale, ma lungo e laborioso, colla nascita di un bambino asfittico non rianimato. In questo secondo parto si interviene col forcipe durante il periodo espulsivo per albuminuria discreta ed inerzia uterina, essendo la parte presentata (V. II p.), scesa a metà dello scavo pelvico. Feto vivo. Puerperio fisiologico.

N. 434 — (Vedi complicanze ad intervento nei parti composti).

N. 481 — (Vedi interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 555 — I para, a bacino ben conformato, entra in Ospizio gravemente albuminurica ed in esordio di travaglio. Feto vivo, in presentazione di V. I p., assai bassa nello scavo pelvico. Puntura artificiale delle membrane a dilatazione di 1 cent. e quando la dilatazione ha raggiunto l'ampiezza di 7 cent., si applica il forcipe sotto la narcosi cloroformica. Bambino vivo. Puerperio regolare.

N. 556 — (Vedi operazioni cruente sul corpo del feto).

c) Allo stretto inferiore.

N. 477/1889 — I para, a termine di gravidanza, con feto vivo in presentazione di V. I p. Dopo 2 ore e mezzo di periodo espulsivo per la insufficienza delle contrazioni uterine, e per la resistenza del piano perineale si interviene col forcipe a testa fetale già rotata. Bambino asfittico di primo grado, riavuto, del peso di 3120 gr. e della lunghezza di cent. 49. Puerperio fisiologico.

N. 32 — I para, d'anni 31, a termine di gravidanza. Dopo tre ore di periodo espulsivo, non accennando il parto a compiersi sollecitamente, causa la poca cedevolezza dei genitali esterni con insufficienza relativa uterina, e la donna mostrandosi oltremodo stanca, si ricorre al forcipe. Il feto, in presentazione di V. I p. viene estratto vivo, coi caratteri della maturità. Puerperio lievemente febbrile per difterite vulvare.

N. 478/1889 — I para, leggermente albuminurica, con feto in presentazione di V, III p. Dopo un'ora di periodo espulsivo si riscontra un aumento notevole dell'albuminuria, che fa indicazione al pronto intervento. Bambino vivo, del peso di 3180 gr. e della lunghezza di cent. 48.5. Puerperio febbrile per endometrite.

N. 516/1889 — I para, a termine di gravidanza. Feto vivo in presentazione di V. II p. Il primo periodo del parto dura 15 ore e mezza. Si interviene dopo due ore e mezzo di periodo espulsivo, quando la testa da tempo sostava al piano perineale, e già rotata, per sofferenza fetale. Bambino asfittico, riavuto, del peso di 3190 gr. e della lunghezza di cent. 50. Puerperio leggermente febbrile in 4.ª giornata per forte tensione mammaria.

N. 2 — I para, a termine di gravidanza. Feto vivo in presentazione di V. I p. Dopo due ore di periodo espulsivo si interviene col forcipe a testa scesa al piano perineale per resistenza abnorme dei genitali esterni, e stanchezza della partoriente. Bambino vivo. Puerperio regolare.

N. 9 — I para, a termine di gravidanza. Feto vivo, in presentazione di V. S. T. Durata del primo periodo del parto 15 ore e mezza, del secondo 4 ore. Vista impossibile la sollecita espulsione spontanea del feto per l'insufficenza delle contrazioni, si applica il forcipe a parte presentata giunta al perineo ed ancora in S. T. Feto gravemente asfittico, non rianimato, del peso di gr. 3110, e della lunghezza di cent. 51. 5. Puerperio regolare.

N. 149 — I para, già albuminurica al dichiararsi del travaglio di parto. Feto in presentazione di V. D. p. Dopo un' ora e 45 minuti di periodo espulsivo, essendosi fatto notevole il grado dell'albuminuria, si interviene col forcipe a testa al piano perineale e già rotata. Bambino vivo coi caratteri della maturità. Puerperio regolare, dalla prima giornata dal parto essendo completamente scomparsa l'albumina nelle orine.

N. 190 — I para, con bacino leggermente imbutiforme da cifo-scoliosi lombare. Gravidanza a termine, e feto in presentazione di V. S. A. Giunta la testa fetale allo stretto inferiore, invano si attese per più di un' ora, che avesse a superare le resistenze opposte dalle parti ossee e molli materne, per cui mostrandosi la donna spossata e le contrazioni uterine andando affievolendosi, si ricorre all'applicazione del forcipe. Bambino vivo del peso di 3070 gr. e della lunghezza di 48 cent. Puerperio fisiologico.

N. 164 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Si interviene col forcipe al piano perineale per stanchezza della paziente, causata dalla lunga durata del periodo dilatante (ore 27 e mezza), e per minaccia di asfissia fetale. Infatti il bambino viene estratto asfittico, ma si riesce a rianimarlo; pesa 3400 gr. ed è lungo 52 centimetri. Puerperio irregolare per difterite vulvare.

N. 200 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Dopo un'ora e 50 minuti di periodo espulsivo si applica il forcipe a testa fetale giunta allo stretto inferiore per insorta discreta albuminuria. Feto vivo del peso di 3500 gr. e della lunghezza di centimetri 50. Puerperio irregolare per difterite vulvare.

N. 237 — II para, d'anni 39, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Dopo due ore dacchè la testa fetale già si trovava allo stretto inferiore, si interviene col forcipe per lo stentato suo disimpegno, determinato da precoce irrigidamento dell' articolazione sacro coccigea. Il bambino, nato asfittico di primo grado, prestamente si riebbe. Il puerperio decorse subfebbrile per disturbi gastro-intestinali e vescicali.

N. 185 — I para, a termine di gravidanza, con feto in presentazione di V. d. p. Si ricorre al forcipe quando la parte presentata è scesa allo stretto inferiore, per indicazione fetale. Bambino asfittico, rianimato. Puerperio regolare.

N. 136 — I para, albuminurica, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Si interviene col forcipe allo stretto inferiore,

oltre che per l'albuminuria anche per lo sviluppo notevole del feto, e per la spiccata resistenza delle parti molli. Episiotomia bilaterale, e riunione delle fatte incisioni subito dopo il parto mediante catgut. Bambino vivo del peso di 3900 gr. e della lunghezza di cent. 53. 5. Puerperio fisiologico.

N. 288 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. d. p. T. Applicazione del forcipe al piano perineale a testa fetale già rotata, dopo quasi tre ore di periodo espulsivo, per insufficienza delle contrazioni uterine. Bambino vivo del peso di 3150 gr. e della lunghezza di cent. 48. 5. Puerperio regolare.

N. 311 — I para con tubercolosi laringea e polmonare. Gravidanza nella prima quindicina del 9.° mese. Feto in presentazione di V. d. p. r. Si applica il forcipe al piano perineale dopo un'ora e mezza di periodo espulsivo per indicazione materna. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 2200 gr. e della lunghezza di 47 centimetri. In settima giornata dal parto la paziente viene trasferita all'Ospedale Maggiore per la forma laringo-polmonare, non avendo presentato da parte dell'apparato genitale irregolarità di sorta.

N. 316 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. s. a. Dopo tre ore di periodo espulsivo si applica il forcipe al perineo per indicazione fetale. Il bambino viene estratto gravemente asfittico, e muore dopo cinque ore dal parto per atelectasia polmonare, non ostante tutte le manovre impiegate per la respirazione artificiale. Puerperio fisiologico.

N. 377 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. d. p. r. Applicazione di forcipe al piano perineale per irregolarità ed insufficienza delle forze uterine. Bambino vivo, del peso di 3130 grammi e della lunghezza di cent. 50. Puerperio fisiologico.

N. 378 — I para, gravida nella prima quindicina del 9.° mese. Feto in presentazione di V. S. A. Si applica il forcipe al perineo dopo un'ora e mezza di periodo espulsivo per insorta albuminuria ed irregolarità delle contrazioni. Bambino vivo, del peso di 2540 gr. e della lunghezza di cent. 48. Puerperio leggermente febbrile per difterite vulvare.

N. 387 — I para, gravida nella prima quindicina del 9.° mese. Feto in presentazione di V. S. A. Viene applicata il forcipe al piano perineale dopo due ore di periodo espulsivo per albuminuria, fattasi grave durante questo periodo. Bambino asfittico di primo grado, riavuto. Puerperio irregolare per persistenza dell' albuminuria fino alla sesta giornata dal parto.

N. 347 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Causa la stanchezza della paziente e la irregolarità delle contrazioni uterine, dopo quasi tre ore di periodo espulsivo si applica il forcipe su testa scesa al piano perineale. Bambino vivo del peso di 3060 gr., e della lunghezza di cent. 51. Lacerazione perineale di secondo grado, che si riunisce con seta fenicata. Durante il primo giorno di puerperio due accessi eclampsici, con leggero grado di albuminuria. Dal terzo giorno il puerperio decorre regolare, ed in decima giornata dal parto la paziente esce dalla Clinica.

N. 418 — I para, gravida nella prima quindicina del 9.° mese. Feto in presentazione di V. S. A. Dopo tre ore di periodo espulsivo si termina il parto mediante il forcipe all'anello vulvare per notevole ristrettezza dei genitali esterni, con inerzia uterina relativa. Bambino leggermente asfittico, riavuto, del peso di 2600 gr. e della lunghezza di cent. 47. Puerperio fisiologico.

N. 313 — I para, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Applicazione del forcipe al piano perineale per sofferenza fetale. Bambino asfittico, rianimato, del peso di 3470 gr., e della lunghezza di cent. 53. Puerperio leggermente febbrile per endometrite, ed in X.ª giornata dal parto la paziente passa quale balia interna al Comparto Esposti.

N. 424 — I para, a termine di gravidanza, leggermente albuminurica. Feto in presentazione di V. d. p. Dopo tre ore di periodo espulsivo, per l'aumento notevole dell'albuminuria, si applica il forcipe al perineo, secondo il processo Loviot. Bambino vivo, lungo cent. 48, e del peso di 3120 gr. Puerperio fisiologico; ed in 8.ª giornata dal parto la paziente passa come nutrice interna al comparto Esposti.

N. 404 — I para, gravida nel principio del 9.° mese, albuminurica. Feto in presentazione di V. S. A. Per l'aggravarsi dell'albuminuria, dopo solo un'ora di periodo espulsivo, si applica il forcipe al piano perineale, e si estrae un bambino vivo, del peso di 2400 gr., e della lunghezza di cent. 48. Puerperio regolare, l' albumina essendo completamente scomparsa nel corso della seconda giornata dopo il parto.

N. 525 — I para, a termine di gravidanza, leggermente albuminurica in principio di travaglio. Dopo appena mezz'ora di periodo espulsivo, si interviene col forcipe al piano pelvico inferiore per l' aggravamento notevole dell'albuminuria, con consociazione di disturbi visivi e cefalici, prodromici dell' eclampsia. Bambino asfittico, di primo grado, del peso di 3150 gr., e della lunghezza di cent. 48.5. Puerperio regolare,

cessando dal secondo giorno del parto ogni traccia di albumina nelle orine.

N. 560 — I para, gravemente albuminurica ed anasarcatica. Gravidanza a termine. Feto in presentazione di V. S. A. alla parte bassa dello scavo pelvico. Entra in Ospizio a travaglio di parto appena iniziato. Rottura artificiale delle membrane; ed a dilatazione uterina di 7 centimetri applicazione di forcipe al piano perineale, sotto la narcosi cloroformica. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 2820 gr. e della lunghezza di cent. 49. Puerperio morboso per difterite vulvare ed endometrite, l'albuminuria essendo completamente scomparsa già dal secondo giorno del parto. Lascia la Clinica in 13.ª giornata.

N. 492 — I para, con condilomi sifilitici vulvari, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. d. p. r. Dopo tre ore di periodo espulsivo si interviene col forcipe al perineo per stanchezza della donna. Bambino vivo, del peso di 3600 gr. e della lunghezza di 50 centimetri. Puerperio lievemente irregolare per difterite vulvare. Lascia la Clinica in 9.ª giornata dal parto.

N. 520 — I para, con bacino totalmente ristretto di primo grado, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. S. A. Dopo due ore e 20 minuti di periodo espulsivo si interviene col forcipe per inerzia secondaria, a parte presentata discesa allo stretto inferiore, e non ancora rotata. Bambino vivo, del peso di 3050 gr. e della lunghezza di cent. 48. Puerperio regolare.

N. 575 — I para, già albuminurica in esordio di travaglio, gravida nella prima quindicina del 9.º mese. Feto in presentazione di V. 1.ª p. Si interviene col forcipe al perineo dopo due ore di periodo espulsivo, causa il notevole aggravarsi dell'albuminuria, e la resistenza del piano perineale. Per minaccia di rottura centrale del perineo, si termina il disimpegno della testa fetale colla sola manovra del Ritgen. Avviene tuttavia lacerazione di 2.º grado, che si riunisce con seta fenicata. Bambino leggermente asfittico, rianimato, del peso di 2220 gr. e della lunghezza di cent. 47. Puerperio regolare, con perfetto coalito della lesione perineale.

N. 576 — I para, a termine di gravidanza, con feto in presentazione di V. S. A., alla parte bassa dello scavo pelvico. Entra in Ospizio a dilatazione uterina appena incipiente, ad acque colate in esordio di travaglio. È gravemente albuminurica con notevole edema al pudendo. La donna, che l'accompagnava, dice essere stata la paziente colta a domicilio da vari accessi convulsivi. A dilatazione uterina di 7 cent. si applica il

forcipe allo stretto inferiore, sotto la narcosi cloroformica, e si estrae un bambino vivo, del peso di 3330 gr. e della lunghezza di cent. 50. Mezz'ora dopo il parto primo accesso eclampsico in Clinica; ed altri due nella prima giornata di puerperio. In 15.ª giornata la paziente vuole ad ogni costo lasciare la Maternità, ma persisteva ancora in grado rilevante l'albumina nelle orine.

(*Continua*).

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

IDRAMNIOS ACUTO

CONTRIBUTO DI CASUISTICA — CONSIDERAZIONI CRITICHE

DEL

Dott. F. VILLA

Nell'ultimo decennio, per opera di Sentex e massime di Charpentier (1), venne stabilito che nell'idramnios devono distinguersi due forme; l'una lenta, classica, e l'altra acuta, ben differenziabili fra loro, quantunque i sintomi non siano assolutamente diversi.

Ma tuttavia i fenomeni offrono delle gradazioni abbastanza spiccate e, mentre in un caso, concedono la possibilità dell'aspettazione, nell'altro impongono la necessità di un pronto intervento: in quello le manifestazioni morbose non presentano ad un tratto una grande intensità ed è solo dopo una certa durata della malattia che la donna, di regola apiretica, comincia a soffrire realmente ed inoltre l'utero, disteso in modo progressivo ma lento, non cagiona disturbi gravi, ed invece in questo, cioè nella forma acuta, i sintomi sono precoci, più vivaci, più numerosi e predominano fra essi febbre, vomito e disturbi meccanici spiccati e tormentosi.

Per altro questa seconda classe di casi non presenta alla sua volta un tipo unico costante poichè « l'idramnios ad evoluzione rapida può essere primitivo, ma talora è secondario, quando cioè ad un tratto

(1) CHARPENTIER. « De l'hydramnios et en particulier de l'hydramnios aigu. » *Archives de tocologie*, 1881, pag. 453.

una forma cronica prende un decorso acuto » (1) ed è « in qualche giorno, in quindici giorni, in tre settimane al più che il ventre raggiunge uno sviluppo enorme ed appariscono i sintomi più gravi » (2) ed inoltre mentre in un caso vi sono alcuni sintomi speciali legati all'insorgenza della malattia, o le sofferenze sone vive sebbene la quantità della raccolta sia mediocre, altre volte non si osservò alcun disturbo o fatto acuto all'infuori del rapido, improvviso aumento di volume dell'utero.

Esiste poi anche una singolare specie d'idramnios acuto, recentemente illustrata da Handfeild Jones (3) che non è accompagnata da fenomeni salienti e che si osserva nei primi mesi della gestazione. Un utero gravido, ma duro, anelastico, piccolo assai per rapporto all'età della gravidanza, raggiungerebbe in pochi giorni il volume che dovrebbe normalmente avere e ciò senza alcun pericolo pel prodotto del concepimento.

Nell'ultima edizione del suo trattato, lo Charpentier insiste ancora sulla rarità dell'idramnio acuto (4); onde poichè io ebbi la sorte di incontrarne alcuni casi nettamente caratterizzati e poichè mi sembra che dopo la classica memoria dell'ostetrico francese siano state pubblicate solo delle osservazioni isolate, mi permetto di portare un contributo di casuistica e, raccolto quel maggior numero di fatti che mi fu possibile, di riassumere l'importante questione.

Nelle ricerche bibliografiche tenni come punto di partenza l'anno 1881 e, basandomi sui 21 casi riuniti nella prelodata memoria riuscii a mettere insieme 44 osservazioni, a vero dire, non sempre, o del tutto complete, e però non servibili per uno studio completo, ma che pure ritengo non siano affatto trascurabili e che riassumo brevemente in una tabella. Non credo per altro di produrre qui tutti i casi pubblicati e poichè nella scelta delle osservazioni ebbi cura di tenermi strettamente nei limiti di tempo indicati dallo Charpentier, così parmi riesca abbastanza provata una facilità ad incontrarsi colla forma in discorso, ben maggiore di quella indicata dall'ostetrico francese (5). Siccome quei casi, che io stesso raccolsi fra il materiale del comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale

---

(1) Tarnier et Budin. « Traité de l'art des accouchements. » T. II, pag. 285.

(2) Loco citato, pag. 453.

(3) Handfeild Jones. « An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy. » *Edim. med. Journal*, 1888, mars.

(4) Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » T. I, pag. 966, 1890.

(5) Loco citato, pag. 966. — Les observations ne sont pas nombreuses : 30 peut-être.

Maggiore, straordinariamente ricco di osservazioni che riguardano anche i temi meno investigati dell'ostetricia, offrono qualche interesse anche sotto altri punti di vista, mi permetto di farne una breve illustrazione avendo speciale riguardo all'argomento in questione.

Osservazione I.

Idramnios acuto in gravidanza gemellare alla seconda quindicina del 9.º mese con albuminuria. Provocazione del parto, eclampsia, forcipe sul primo feto, rivolgimento pel secondo. Atonia uterina post-partum. Piometria puerperale. Guarigione rapida.

N. 63 — Gennaio 1888. M. Maria d'anni 38. Entrata il 17 gennaio, uscita il 5 febbraio.

Dieci parti a termine naturali, puerperi regolari: l'ultimo parto fu gemellare e l'ultima mestruazione occorse verso la fine dell'aprile 1887. La gestazione attuale procedette regolarmente fino alle feste natalizie, nel qual tempo e senza causa apprezzabile insorse un dolore assai vivo nel ventre seguito a brevissima distanza da rapido tumultuario aumento nel volume dell'addome, insorgenza di oppressione epigastrica, vomito, notevole grado di dispnea, edemi degli arti inferiori vieppiù crescenti in grado ed in estensione. La febbre durò pochi giorni e pare fosse modica, la dispnea scemò, ed il ventre cessò di aumentare con tanta rapidità. Mi venne fatto di riscontrare: nutrizione generale buona, testa libera, sensi integri, infiltrazione enorme degli arti inferiori, rilevante delle grandi labbra, ed edema soprapubico.

Il volume del ventre non può meglio essere definito che dalla misura della sua circonferenza al bellico di cent. 159: esso era assai espanso ai lati, mentre il fondo dell'utero arrivava alla regione superiore sopraombellicale. Le pareti addominali avevano rete venosa superficiale assai appariscente, erano tese, dolenti alla palpazione che, malgrado le condizioni sfavorevoli, permise di riconoscere un estremo cefalico mobile sullo stretto superiore ed un'altra testa assai ballottabile nel quadrante superiore di sinistra. Collo uterino breve, frastagliato, assai spesso e succolento, stirato in alto, modicamente beante anche nell'orificio interno. Il sacco era integro non teso, e non si raggiungeva alcuna parte fetale. Si percepiva un solo battito cardiaco nel quadrante inferiore di sinistra.

Albuminuria d'alto grado.

Diagnosi. Gravidanza gemellare nella seconda quindicina del 9.º mese complicata da idramnios acuto e da albuminuria.

Provvidi tosto alla provocazione del parto, prima col metodo Krause e di poi coll'applicazione di un sacchetto di Barnes, e ciò non senza dover lottare col mal volere della donna, la quale si rifiutava ad ogni intervento e anche ad ogni esame. All'indomani (giorno 20) alcune contrazioni, e, tolto il sacchetto, si riscontra una dilatazione di 4 cent. circa. Il giorno successivo, edema palpebrale e delle parti alte del petto, cefalea, ambliopia e scoppio di un primo accesso eclampsico al quale seguono in breve vari altri attacchi convulsivi legati fra loro da uno stato comatoso. Rottura del sacco, amministrazione di acquavite alemanna, di cloralio, iniezioni ipodermiche di morfina, vescica di ghiaccio a permanenza sul capo, ecc., ma gli accessi continuano ad intervalli più o meno lunghi. Durante la giornata rilevo che la pressione sul lato sinistro dell'addome favorisce non solo, ma aumenta considerevolmente lo sgorgare delle acque ed alle 4 pom., constato che il collo si è rifatto in parte ma che è cedevole sebbene non tanto da permettere l'introduzione a più di due dita, e che sullo stretto superiore si tocca la spalla destra respingibile. T. 38. 8. P. 130.

Alle 8 pom., gli accessi si fanno più incalzanti, il coma è intenso, lo scolo amniotico continua, le contrazioni sono languide, ma la dilatazione è maggiore, ed il battito cardiaco fetale persiste, onde previa anestesia cloroformica, procedo alla liberazione della donna. Introdotte quattro dita nell'utero, nel respingere la parte fetale scolò nuovamente un abbondante fiotto di liquido, ed il piano laterale destro del torace scivolò verso sinistra, mentre l'estremo cefalico si portò allo stretto superiore ove subito si impegnò e dove poco dopo applicai il forcipe estraendo un feto vivo. L' utero si ritrae abbastanza bene e la modica emorragia che si presenta dopo qualche tempo non è che l'espressione del distacco di una prima placenta che si riscontra nella parte alta della vagina e si estrae. Riconosciuto che il gemello si trova trasversalmente adagiato sull'ingresso pelvico, trascorso un certo tempo ne rompo il sacco, provocando l'uscita di liquido la cui quantità era indubbiamente più cospicua della media e fatta presa su d' un arto inferiore, lo tiro fuori vivo. Al momento dell' estrazione, l'utero aveva seguito la diminuzione di volume del suo contenuto, ma ecco che mentre attendo con frizioni a che si compia il secondamento, ad un tratto l'utero si rilascia e viene in iscena una emorragia formidabile.

Iniezioni d'ergotina, estrazione della seconda placenta, massaggio dell'utero con tutta la destra in cavità, irrigazione endouterina caldissima a largo getto furono i mezzi che impiegai rapidamente. Durante l'intervento le convulsioni non apparvero. Praticate alcune iniezioni d' etere e fasciato il ventre lasciai alle 10 pom. la donna in condizioni che permettevano di sperar bene. Il giorno successivo persistevano il rialzo termico e la cefalea, ma l'utero era ben contratto e le convulsioni eclampsiche

non si erano più presentate. Anemia profonda. L'albuminùria scomparve in due giorni ed il puerperio decorse regolare, salvo che in causa del gran volume e della floscezza dell'utero che giaceva antiflesso, accadde ristagno dei lochi e due volte si osservò rialzo termico, ed un vero piometra puerperale che combattei con abbondante irrigazione endouterina. In tredicesima giornata la donna volle andarsene a casa. L'involuzione uterina lasciava ancora a desiderare, ma lo stato generale beneficamente influenzato da una diecina di iniezioni sottocutanee di citrato di ferro e dalla buona dieta, era veramente soddisfacente.

Il primo feto pesava gr. 3000, il secondo gr. 3100 ed ambedue vivevano sani dopo qualche mese, le placente perfettamente isolate nulla offrivano di abnorme all'esame microscopico, ed il liquido amniotico di color affatto normale, raccolto in piccola parte (6 litri), poteva valutarsi fosse stato all'incirca di 15 litri.

Quale fenomeno iniziale e direi quasi premonitorio, vi fu un dolore acuto nell'addome, insorto senza causa apprezzabile, che scemò bentosto e fu sostituito da stiramenti dolorosi diffusi: ciò in modo corrispondente al decorso dell'idramnios che, acuto da principio, passò in seguito ad un decorso lentissimo e quasi a stazionarietà sia per riguardo allo svilupparsi dell'utero che per i sintomi concomitanti, tanto che, se non fosse insorta l'eclampsia, la gravidanza avrebbe potuto forse arrivare a termine. Tale sintomo, dolore acuto e fisso, venne descritto quale altro dei fenomeni che si osservano nell'evoluzione rapida dell'idramnios e specie nell'inizio, ed ancora gli fu attribuito un significato speciale giacchè lo si eguagliò al dolore puntorio della pleurite da coloro che sostennero quale patogenetica l'infiammazione delle membrane. E l'analogia sarebbe per alcuni casi notevole, poichè tanto nel processo pleurico acuto, quanto nella complicazione gravidica in discorso il senso di dolorosa trafittura per lo più cessa col prodursi della raccolta liquida. Ma talvolta al contrario le molestie, lievi da principio, crebbero a misura che il liquido aumentava in quantità, onde ovvio il ritenere che in tali casi si trattasse di un sintomo meccanico, cioè di dolore devoluto all'eccessiva distensione dell'utero, e l'insorgere del dubbio che anche l'intensa molestia iniziale di altri casi, fosse legata al primo prodursi del versamento idramniotico ed avesse anch'essa un'origine meccanica.

Ed invero la placenta e gli involucri fetali non ponno menomamente dal lato nervoso, dal lato sensibilità, essere paragonati alla pleura, onde la ubicazione della dolorabilità deve essere fuori dell'uovo. Supposta

sede dell'infiammazione e fonte dolorifica non dovrebbero quindi avere una unica origine e neppure rapporti di continuità, ma solo quelli di vicinanza indiretta. Sarebbe quindi la parete uterina che risentirebbe in un dato punto dello stimolo, e forse là dove ha luogo l'inserzione placentare; ma poichè la sensibilità del viscere puerperale è tutt'altro che squisita, più facile è il credere all'effetto della distrazione rapida su d'una zona uterina più resistente, che non alla dolorabilità di un punto circoscritto. Inoltre appare evidente la differenza che esiste col meccanismo pel quale il dolore puntorio della pleurite si attutisce o cessa col prodursi dell'essudato, poichè questo toglie l'attrito fra le due lame pleuriche mentre l'amnios non è punto richiesto di funzione analoga a quella della pleura.

Nella M. mancò come nella maggior parte delle osservazioni un fatto al quale attribuire l'importanza di causa, in quantochè non precedettero malattie o traumi o raffreddamenti o patemi d'animo, circostanze che furono notate in pochi casi e che non si saprebbero nè sempre nè come legare all'idrope. Checchè ne creda il Kruse (1), come pensare che il trauma abbia avuto nel caso da lui pubblicato una vera importanza quando, essendo scomparsa già ogni sua conseguenza, al 22.° giorno dall'accidente traumatico si manifestò l'idrope acuto e di un solo dei sacchi? Se almeno l'uno dei feti avesse presentato qualche lesione o fosse nato morto ed il decesso avesse potuto risalire a qualche settimana, o se gli annessi avessero offerto alcunchè di riferibile al fatto traumatico, allora sì che l'ipotesi sarebbe stata sostenibile, mentre invece per ora rimane un'asserzione affatto gratuita. Vero è che Sentex ammise che l'amniotite può insorgere spontanea e che non essendovi differenza di struttura fra l'amnios e le sierose non dovrebbe sembrare strano che in esso si avverasse talune volte, quanto frequentemente accade nelle altre sierose e cioè l'infiammazione acuta con dolore, febbre, ecc. Da Devilliers ad Oulmont ed a Sentex si ammise una vera essudazione di liquido, Meola (2) sostenne l'eccesso di liquido, essere il prodotto dell'essudazione e del trasudamento insieme, e Charpentier, sebbene le osservazioni proprie pubblicate nell'anno 1881 siano su questo punto affatto negative, insiste anche recentemente sull'infiammazione delle mem-

---

(1) Kruse. « Ueber Hydramnion bei eineigen Zwillingen. » *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1890, Numero 5.

(2) Meola. « Contribuzione allo studio dell'idramnios. » *Morgagni*, 1883, pag. 624.

brane. Budin e Tarnier, pur ritenendo come non provato che il liquido amniotico sia dovuto ad una secrezione dell'amnios, si domandano se questo non sia suscettibile di infiammarsi e se quindi la quantità del liquido amniotico non si trovi aumentata per un meccanismo analogo a quello che produce uno spandimento nella pleura infiammata, ma al pari del Bar (1) che non si dichiarò punto convinto delle idee di Sentex e dubitò, nella mancanza di indagini microscopiche, che le false membrane riscontrate sulle pareti delle cisti fetali fossero puramente fiocchi fibrinosi depositatisi, così, essi ritenendo che questa teoria dell' infiammazione sia seducente e forse applicabile in alcuni casi, non la credono al coperto da critiche appunto per il silenzio sulla natura istologica delle lesioni osservate.

E già molti anni prima Wittaker (2) scriveva « la disposizione a rigettare la placentite aumenta assai nei nostri giorni. Certo è impossibile l'ammettere l' infiammazione dopo la teoria moderna di Cohnheim su questo processo.... » e Playfair (3) si mostrava pure contrario all'accettazione del concetto flogistico e riferiva la spiegazione delle differenti modificazioni patologiche della placenta che il Robin aveva dato, « ciò che si è creduto infiammazione della placenta non era altro che uno stato di trasformazione dei coaguli sanguigni a differenti periodi; ciò che è stato riguardato come pus, non era che fibrina in corso di disorganizzazione e nei casi in cui si trovò del vero pus, esso non veniva dalla placenta, » ed affatto recentemente l'Auvard conchiudeva che « l'influenza della amniotite ammessa da qualche autore è assai ipotetica, come d'altra parte è questa infiammazione istessa. » (4).

Fra i casi raccolti solo alcuni pochi forniscono dati in sostegno delle teorie di Sentex. Dubbio il significato delle false membrane, anche quello dei vasi sanguigni riscontrati sul sacco dell'amnios parmi non possa ritenersi che di valore incerto ed anche il Calderini (5) che li suppose sorgente di liquido non pensò menomamente che essi fossero devoluti ad una flogosi, ed il Piana li vide copiosi nell'uovo prematuro ma normale

---

(1) Paul Bar. « Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. » Thèse, 1881, pag. 167.

(2) *American Journal of obstetrics.* Vol. III, pag. 229.

(3) Playfair. « Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. » 1079, pag. 291.

(4) Auvard. « Traité pratique d'accouchement. » 1890, pag. 503.

(5) Calderini. « Contributo alla diagnosi della mostruosità del feto, ecc. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1882.

di una capra. E le placche dure, resistenti della placenta ben potrebbero alla loro volta essere spiegate astraendo da ogni concetto flogistico, nello stesso modo che si spiegano le alterazioni albuminuriche e gli infarti bianchi, cioè col ritenerle conseguenza di stravasi; mentre poi la differenza di spessore delle membrane è tale fatto che si riscontra indipendentemente dall' accresciuta quantità di liquido. Il quale è noto come venne talora riscontrato, diversamente colorato ed alterato e persino fetido ma in copia normale e con bambini vivi e sani, e senza nessuna speciale sofferenza della madre.

La febbre occorse nei primi giorni di malattia, al pari di altri casi, nei quali pure, l'esame degli annessi fetali non riscontrò lesione alcuna ed apparve talora coi sintomi iniziali, tal'altra volta si presentò a raccolta già copiosa, quando cessò avanti il parto, o con esso, quando durò ancora qualche poco, ed insomma non offerse nè per riguardo al tempo dell'insorgenza, nè per il suo andamento qualche cosa che facesse spiccare un netto legame col prodursi dell' idrope, che ne caratterizzasse meglio l'acuzie. Non intendo per questo che i due sintomi siano coesistiti solo accidentalmente, chè anzi parmi conveniente il ricordare che, rara nell'idramnios lento, la piressia è relativamente frequente in quello ad evoluzione rapida, poichè di questa differenza di rapporto credo dovrebbesi tener conto qualora si volesse indagare la eziologia che la febbre ha in questi casi. Questo punto richiederebbe un' analisi diligente e lunga e poichè io non mi sento tale da affrontarlo così mi concedo solo di indicare *che la differenza del rapporto di tempo fra la formazione delle due specie di idramnios dà forse spiegazione della diversità di frequenza nel ricorrere la febbre.* Se cioè nella forma lenta vi è nel corpo materno una tal quale concentrazione di elementi pirogeni maggiore della normale, che pure ben raramente dà febbre perchè di debole grado, onde l' organismo si abitua alla azione sua che è compensata in parte dall'opera dei varii emuntorii, nell'idramnios acuto al contrario tale concentrazione più rapida porta repentinamente od in breve ad una specie di saturazione che non può sempre essere influenzata dai mezzi ordinari di eliminazione e che dà sintomi appariscenti in causa della mancante assuefazione dell'individuo. Quali potrebbero essere questi materiali pirogeni non saprei dire e tanto meno potrei pensare quindi al loro modo d'agire, sebbene le differenze nel decorso della febbre farebbero piuttosto inclinare al credere che differenze individuali (nell' eccitabilità del si-

stema nervoso?!) possano forse dar ragione delle diversità del quadro clinico.

Un altro sintomo che sin da principio richiamò l'attenzione della paziente fu l'edema che rapido nell'insorgere lo fu al pari nell'estendersi e nell'aumentare. Che gravi infiltrazioni del cellulare accompagnino le grandi distensioni del ventre non è cosa costante nel campo ostetrico e tanto meno in quello della ginecologia, e Pinard (1) su 150 casi di gravidanza gemellare trovò solo 10 volte l'edema degli arti inferiori che in due osservazioni era unito all'albuminuria, mentre nei casi qui raccolti si notarono con ben maggior frequenza

l'edema dei genitali
» » e degli arti
» degli arti
» soprapubico
e l'anasarca.

Attesochè nell'idramnios acuto si osservano i maggiori aumenti di volume dell'utero e più frequenti gli edemi, si potrebbe senz'altro ritenere che nella M. questi avessero natura meccanica; ma poichè la donna presentò altresì un albuminuria gravissima, che da sola è capace di condurre all'anasarca, così accade di domandarsi se l'edema fu in modo primitivo o principale dipendente dalla malattia ovulare e per converso se la perturbazione renale ne fu causa prima od accessoria. L'infiltrazione sierosa che rapidamente tien dietro al prodursi della raccolta amniotica, e prontamente si fa cospicua per grado e per diffusione fa netto riscontro coll'improvvisa insorgenza e col rapido decorso dell'idramnios e poichè non si può ammettere che questo sia stato causato dal perturbamento uropoietico, così si deve pensare che siasi trattato primariamente di edema meccanico, appartenente secondo Devilliers e Regnault alla classe degli edemi semplici. I quali riconoscerebbero fra le cause la distensione esagerata dell'utero e l'ampiezza del bacino che permettono dei rapporti più diretti fra matrice e vasi sanguigni d'onde per Prodhomme « una pletora locale generatrice d'edemi. » Esistè anche l'edema soprapubico, ma sgraziatamente alla considerazione in cui questo

(1) PINARD. « Dictionnaire Dechambre, » art. » Grossesse. »

sintomo è tenuto da qualche autore per riguardo al diagnostico di gravidanza gemellare, la paziente non seppe dare alcun ragguaglio relativo al tempo nel quale si presentò tale infiltrazione circoscritta, che si osserva del resto anche quando l'idramnios complica una gravidanza semplice, o per diffusione di edemi che si generalizzano e che in osservazioni consimili alla nostra (XVIII) esisteva pronunciatissimo ma assieme ad anasarca che arrivava fino alle ascelle.

Tale caso citai perchè non complicato con albuminuria che nella M. credo abbia avuto una parte secondaria, tardiva, perchè mancano i dati per ammettere una nefrite acuta e perchè l'infiltrazione sierosa rispettò le cavità peritoneale e pleurica ed il polmone. Il che non avviene per l'edemazia a rapido svolgimento e di alto grado causata da affezioni renali. Invece il tardivo edema palpebrale, e la diffusione alle parti più elevate del tronco, l'ambliopia, la cefalea e quel certo grado di torpore intellettuale che si notarono poco prima del parto sarebbero stati esclusivamente dipendenti dall'albuminuria.

Ciò sarebbe avvalorato dalla considerazione, che come l'edema, così la presenza d'albumina nelle orine si può mettere in rapporto coll'idramnios per avere esso creato le condizioni favorevoli allo sviluppo di amendue le complicazioni. La questione eziologica dell'albuminuria è oggi giorno più che mai dibattuta, onde posso solo appoggiarmi a teorie più o meno contraddette e basate sul principio dell'aumento della compressione da parte dell'utero e dell'accrescimento della pressione sanguigna. È perfettamente inutile che ricordi il diverso modo di vedere di Gottwald, di Correnti, di Moleschott, di Hübert, ecc., che traggono fondamento dalle ipotesi dell'aumento nella pressione sanguigna e della compressione esercitata dalla matrice, sulle vene, o sulle arterie, od indistintamente su ambedue gli ordini di vasi, la teoria di Halberstma che invoca la compressione degli ureteri, chè il principio basale di queste varie idee non gode di un credito indiscutibile, ma anzi secondo alcuni ha un valore ed un'azione affatto secondario. Questo concetto è giustificato dallo studio di quanto si osservò nell'idramnios acuto? Nelle osservazioni raccolte trovo che spesso non si fa menzione di disturbi nella secrezione od escrezione urinosa, e per un certo numero di casi vedo indicati l'invito frequente, il bruciore al mitto, la scarsezza delle orine; 6 volte si riscontrò l'albuminuria, e 6 altre volte, esami talora ripetuti la esclusero.

La mia statistica lascia quindi molto a desiderare perchè solo 12 esami d'orine sono riferiti; e mentre più completo il Lewison, su 60 casi d'idramnios lento riscontrò 2 sole volte l'albuminuria (cioè nel 3 per cento delle osservazioni, io, pur eliminando il caso nel quale assai probabilmente una nefrite antecedeva all'idramnios, ottengo 5 albuminurie per 44 casi, vale a dire la media del'11 per cento. Se teniamo conto della deficienza che le storie cliniche presentano a questo riguardo, ci sarà facile il persuaderci che la cifra indicata è assai al disotto del vero e che quindi *l'aumento di pressione endoaddominale qualora avvenga rapidamente possa con maggior frequenza che non quello che si produce lentamente essere annoverato fra le cause dell'albuminuria.* Certo è che, se da una banda si riconosce che questa complica frequentemente l'idramnios acuto, dall'altra deve maravigliare come in unico caso si abbia avuto l'eclampsia, mentre frequentemente esistettero, assai spiccate e riunite, parecchie condizioni ritenute predisponenti o causali di tale forma convulsiva.

Durante il travaglio mi accorsi che l'estremo cefalico deviando dallo stretto superiore, dava luogo a che la spalla si collocasse in posizione favorevole all'impegno ma che di poi alla sua volta quella cedeva il posto allo stabilirsi, per poco che le contrazioni si fossero ravvivate, di una presentazione del torace. La quale parmi fosse nettamente caratterizzata dal fatto che mentre da una parte si toccava appena il cavo ascellare, il dito scorreva sul lato della gabbia toracica, sin oltre al bordo costale, ed accessibili erano parte della scapola e del braccio ed un'ansa del cordone, il quale si rese solo lievemente procidente per l'esistenza di due circolari al collo. Esistè in conclusione uno stato di cose che fa assomigliare moltissimo il caso in questione con quello osservato dalla Lachapelle (1) sotto il nome di presentazione scapolo cubitale della spalla sinistra, poichè la differenza maggiore consiste forse nell'aversi avuto a che fare colla spalla destra. Di cause disponenti od occasionali di tale anomalia ve ne erano parecchie, che colla scorta dell'Auvard (2) distinguo come aventi sede nell'utero (allungamento trasversale, floscezza) e come devoluti ai feti (gemelli) ed agli annessi (idramnios).

---

(1) La Chapelle. « Pratique des accouchements. » T. II, pag. 200.

(2) Auvard. « Travaux d'obstetrique. » T. II, pag. 155.

In casi consimili l'Auvard consiglia la versione cefalica con manovre esterne o meglio miste (che non effettuai prima non avendo libertà di azione) oppure il rivolgimento classico a seconda delle condizioni dell'orificio uterino. E per vero a me sarebbe riuscito estremamente facile l'introdurre la mano e l'eseguire quest'ultimo atto operativo; e l'avrei compiuto se la natura stessa non m'avesse dimostrato in modo evidente la tendenza alla versione cefalica. Non credo con ciò d'aver commesso un errore, poichè l'uscita di liquido che accompagnò la manovra di versione, valse a suscitare le contrazioni e d'altra parte l'eclampsia magnificamente influenzata dal cloroformio non mi dava grande preoccupazione, ed allorchè passai all'applicazione del forcipe mi trovavo al coperto da parecchi accidenti, poichè le contrazioni si erano risvegliate e l'atto operativo non offriva difficoltà essendo la testa ben impegnata, il bacino amplissimo ed il canale cervico vaginale ben preparato.

Forse il timore dell'inerzia post partum, avrebbe potuto consigliarmi ad abbassare semplicemente un arto inferiore del secondo feto, ma l'intervallo di tempo trascorso dall'estrazione del primo gemello, e la retrazione dell'utero, mi sembravano dare sufficiente garanzia e d'altra parte anche l'espulsione naturale avrebbe rapidamente tenuto dietro all'abbassamento del piede.

Checchè ne sia dubito che la lenta estrazione od anche la spontanea espulsione del secondo gemello avrebbe fatto sì che non venisse in scena l'atonia post partum, ma ad ogni modo valgami ad ottenere venia la previdenza colla quale apparecchiai quanto mi riuscì indispensabile ed urgente, e la rapidità dell'applicazione dei vari mezzi dei quali mi giovai di fronte ad un'emorragia tanto formidabile.

(*Continua*).

RASSEGNA

G. Romiti. — **Sull' anatomia dell' utero gravido.** 2.ª Nota. — Estratto dal *Monitore zoologico italiano*, 2 febbraio 1891.

Come abbiamo fatto della prima (*Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1890, pag. 415), riproduciamo integralmente anche la seconda nota del chiaro anatomico.

L' epitelio uterino. — Molto connessa con la questione della origine delle cellule deciduali e con la formazione generale della placenta, specialmente dopo le nuove e singolari conclusioni delle ricerche di Duval da un lato e di Strahl dall'altro, è l'altra relativa al modo di contenersi dell'epitelio, che riveste normalmente la cavità uterina. Ponendo completamente da parte il ricercare se realmente l'epitelio uterino dia origine alle cellule deciduali (Overlach), chè ancora Frommel, il quale aveva ammesso questo fatto per la decidua del topo, si è molto ricreduto in seguito, e le cose di Strahl sono suscettibili di altra interpretazione, se prima di tutto si ricercano i resultati dei vari osservatori, noi troviamo che a seconda dei vari ordini di animali studiati, a seconda dell'epoca della gestazione e a seconda delle varie porzioni dell'utero gravido, i risultati sono differenti.

Restringendomi ai lavori più recenti in questo punto dell'anatomia dell'utero gravido, trovo che i vari lavori che fanno loro oggetto la fissazione della vescicola embrionale alla parete uterina, vanno a risultati completamente contradditori. Alcuno trova l'epitelio uterino conservato, altri, e sono i più, distrutto: la distruzione, come la possibile conservazione, va per un tempo variamente determinato: da un lato, e Duval meglio d'ogni altro, si ritiene che l'epitelio uterino presto sparisca, e la placenta origini da uno ispessimento ectodermale dello embrione, o da un denso strato di cellule ectodermiche scavato da lacune ove penetra il sangue materno: mentre dall'altro, e Strahl in specie, si conchiude che l'epitelio uterino non solo non sparisce, ma notevolmente prolifica, e va a rivestire i villi placentari. Sicchè l'anatomia della placenta, che sembrava esser giunta quasi al suo compimento, torna argomento più intricato di prima e sveglia di nuovo l'attività dei suoi ricercatori, tanto più che i perfezionati procedimenti di tecnica anatomica minuta rendono possibile lo studio graduale e completo della sua evoluzione.

Ma per adesso dell'epitelio uterino, e come è stato ricercato.

Chiarugi (1) descrivendo gli inviluppi materni di un uovo umano, probabilmente mostruoso, del principio della seconda settimana, descrive alla superficie libera della decidua, normalmente conformato l'epitelio tappezzante l'utero: solamente le cellule erano un po' più piccole: trae argomento da questo fatto per ritenere che l'epitelio uterino non si stacca prima della formazione della decidua, ma che, per la formazione di questa, perde nella validità del suo impianto, si altera ed è disposto ad esfoliarsi.

Minot (2) riconosce che nella coniglia l'epitelio uterino sparisce, dopochè lo ispessito ectoderma si è fuso con l'epitelio stesso che pur sparisce per degenerazione e riassorbimento. Al 6.° giorno trova già l'epitelio con nuclei ingrossati, le cellule staccate e colla estremità libera rigonfiata e sporgente dalla superfice: i nuclei aumentano di numero e sono uniti da 3 a 5 in una stessa cellula per manifesta proliferazione.

Nella donna (3) trova già a un mese di gravidanza sparito l'epitelio.

Masius (4) studiando sotto la direzione di *Van Beneden* la genesi della placenta nella coniglia, ebbe a persuadersi che verso l'8.° od il 9.° giorno l'epitelio uterino è completamente distrutto.

Le osservazioni di Strahl (5) sul comportarsi dell'epitelio uterino meritano una attenta considerazione. Egli ritiene che nel coniglio l'epitelio uterino a livello del rigonfiamento ectodermale (*Ectodermawulst*) grandemente proliferi, dimodochè il suddetto rigonfiamento non è tutto fetale, ma esternamente uterino, costituito dall'epitelio. La proliferazione dell'epitelio ottura le glandule, e perciò non è da parlare di penetrazione dell'ectoblasto nelle glandule aperte. Si avrebbe insomma un rivestimento di tessuto di prevenienza materna (produzione dell'epitelio) che riveste l'ectoblasto ove sorgerà la placenta. In altri mammiferi esaminati (talpa, cane, pecora), a parte qualche differente modalità di presentarsi, il fatto è sempre lo stesso, che cioè l'ectoblasto dall'embrione si applica superficie con superficie all'epitelio uterino: differisce il modo di chiusura delle glandule sottostanti. In alcuni mammiferi (carnivori) si ha l'apparenza come se l'epitelio uterino si distruggesse, ma invece non si distrugge mai, si assottiglia grandemente, e permane almeno una parte di esso.

---

(1) CHIARUGI. « Di un uovo umano del principio della seconda settimana ecc. » (*Bollett. Soc. Scienze Mediche*. Siena 1887).

(2) MINOT. « Uterus and Embryo. » Boston 1889, p, 343-344, e: « Die Placenta des Kaninchens. » *Biolog. Cblatt.*, 1 aprile 1890, p. 122.

(3) « Uterus etc., » p. 418.

(4) MASIUS. « De la Genèse du placenta chez le lapin. » (*Archiv. d. Biologie*, 1889, t. IX, p. 1): la prima notizia diede Masius nel 1888 alla Acad. Roy. de Belgique.

(5) STRAHL. « Untersuchungen über den Bau der Placenta. » *Archiv. für Anat. und Phys. Anat. Abth.* 1889-90, spec. 1889, p. 213 e Supplem-Band 1889, p. 205).

Un altro punto importante dell'osservazione di Strahl, riguarda più specialmente le modificazioni istologiche dell'epitelio uterino, specie nei carnivori. È noto che nelle placente delle varie classi sono grandi cellule o, meglio, grandi masse protoplasmatiche con molti nuclei, masse che hanno ancora ricevuto il nome di *sincizii*: è pure noto che sulla origine loro varie sono le opinioni. Per Strahl i sincizii non sono altro che trasformazioni dell'epitelio uterino e di quello delle relative glandule, che si trasforma in quelle masse protoplasmatiche, che non si limitano al territorio placentare ma anche nel resto della estensione dell'utero gravido. Una piccola parte dei sincizii si distrugge, ed è presa dall'epitelio del corion; un'altra parte, la maggiore, è destinata a dare origine a uno strato cellulare epiteliale materno, che riveste allo esterno gli sviluppantisi villi fetali. Il sincizio nasce da una trasformazione speciale dell'epitelio glandulare: giunge così a costituire al di sopra delle glandule uno strato continuo; i villi coriali raggiungono ben presto questo strato, e nel loro accrescimento se ne formano un particolare rivestimento (1).

Duval (2) in un importantissimo lavoro sulla placenta dei roditori, toglie in minuto esame l'epitelio uterino nei primi momenti della formazione placentare: l'epitelio comincia a trasformarsi in modo che non vi ha più alcuna distinzione tra le cellule, ma lo strato epiteliale forma un rivestimento omogeneo contenente i nuclei molto aumentati di numero per moltiplicazione: ciò avviene sino al settimo giorno della gestazione. Poco dopo, verso il 9.º l'epitelio incomincia gradatamente a sparire.

Lombardini (3) in una notizia preventiva, che fa vivamente desiderare il promesso esteso ed illustrato lavoro, accenna in generale al mantenersi l'epitelio nei primi tempi della formazione della decidua. Dicendo delle forme discoidi della placenta, delle quali più singolarmente m'interesso, nella cavia trova che tra il decimo e l'undecimo giorno « la muccosa uterina conserva in qualche tratto delle cavità incubatrici l'antico epitelio cilindrico, in altri no »: nella coniglia poi, al sesto giorno la « muccosa uterina » è coperta in molti luoghi dall'antico epitelio

---

(1) Il risultato delle ricerche di Strahl, in merito alla considerazione generale della placenta, conduce a ritenere che i villi s'immergono e sieno rivestiti da un invoglio cellulare che si neoforma nell'utero: sostituiscasi alla neoformazione epiteliale di Strahl la neoformazione deciduale di Ercolani e la cosa torna lo stesso. Inoltre la fusione degli elementi cellulari in masse protoplasmatiche con nuclei, il *sincizio* era già stato notato dai ricercatori, ed in specie, non solo da Ercolani e da me, ma da Masqualin, Swaen, Laulanié, Van-Beneden ecc.

(2) Duval. « Placenta des Rongeurs. » (*Journal de l'Anatomie*, 1889-1890, V. spec. 1889, p. 326 e seg.) Le prime comunicazioni di Duval datano dal 1887. Soc. de Biol.

La Memoria di Duval è importantissima per il nuovo concetto che egli dà della placenta. Per Duval la placenta rappresenta alla sua origine, una emorragia materna circoscritta e rinchiusa tra elementi ectodermici: verrà occasione per esporre le vedute dell'eminente embriologo francese e giudicare le sue interpretazioni che spostano completamente le comuni cognizioni sull'argomento.

(3) Lombardini. « Sulla Placenta. » Pisa, Nistri 1890, op. pag. 15.

le cui cellule però mostransi del doppio più voluminose, con rigonfiamento alla estremità libera, hanno il nucleo allungato o spesso diviso o presso a dividersi in due o tre nuclei secondari: l'epitelio delle glandule ha le stesse modificazioni: inoltre « vi è quasi dappertutto più o meno estesa neoformazione cellulare, la quale ha già in alcune parti preso il luogo dell'epitelio. » All'ottavo giorno l'epitelio è in molti tratti caduto, e lo sostituisce la massa « neoformata. »

Hofmeier (1) facendo l'anatomia d'un intero utero umano gravido tra il secondo ed il terzo mese, nota, per incidenza, che l'epitelio è mantenuto nei punti maggiormente difesi della superficie della decidua vera, come pure è ben mantenuto nelle glandole.

Hubrecht poi in un esteso lavoro sopra la placenta, lavoro pubblicato in olandese, e che solo conosco per un sunto assai esteso che ne ha fatto il *Journal of the Royal Microscopical Society* (2), conchiude che in molti ordini sparisce l'epitelio, in alcuni permane più a lungo.

Infine Paladino (3) descrivendo nella cavia lo stadio preparatorio allo sviluppo della decidua, trova che in quel periodo l'epitelio della muccosa uterina è in parte caduto.

Risulta perciò dalla massima parte delle osservazioni, che più o meno rapidamente, più o meno estesamente l'epitelio della muccosa uterina cade o, dopo speciali alterazioni, si distrugge; come pure risulta che, nella donna, può credersi mantenuto, almeno in parte, l'epitelio uterino, quando i villi coriali sono già formati, oppure può trovarsi prestissimo sparito; e perciò in questo punto le risultanze delle osservazioni non sono ancora nettamente decisive.

Che la caduta dell'epitelio uterino sia uno dei primi fatti, che preludia lo svolgimento della decidua, aveva meglio di ogni altro assodato Ercolani (4): e Kölliker (5) pure ammette l'istesso fatto parlando della muccosa dell'utero gravido della donna. Ercolani mostrò con grande accuratezza il fatto in vari ordini di mammiferi, e ne profittò per escludere che la decidua fosse parte della mucosa

---

(1) Hofmeier. « Die menschliche Placenta. » Wiesbaden 1890, pag. 33.

Di questa pubblicazione, della quale avrò occasione occuparmi altre volte, diede un cenno Pestalozza nella *Rivista di Ostetricia,* Torino, 1890, p. 223. Debbo intanto notare che, tra alcune buone cose che dimostra l'A. specialmente nella riflessa, vi sono gravi mancanze. Una è ad esempio: quello che egli ha comune con alcuni passati scrittori sulla Anatomia della placenta, che cioè dànno per cose nuove di quelle note invece sin dai tempi di Fabricio; un altro, e per noi peggiore, è l'ignoranza assoluta di ricerche italiane le quali, per lo meno quelle di Ercolani, l'A. avrebbe il dovere non solo di conoscere, ma di persuadersi del loro reale valore.

(2) August 1890. La novità però che egli dà di non dividere più i mammiferi in deciduali e non deciduali è un po' vecchia: la fece Ercolani nel 1880.

(3) Paladino. « Dei primi rapporti tra l'embrione e l'utero. » *Giornale dell'Accad. dei Natur.* in Napoli, 1889, pag. 6, fig. 1).

(4) Ercolani. V. più specialmente: » Nuove ricerche sulla placenta. » Bologna 1880, p. 40 e seg. e: la « Lettera » Kölliker. Bologna 1883, pag. 37.

(5) Kölliker. Entw. Leipzig 1879, p. 327.

preesistente e per dare alla decidua quel carattere di neoformazione, che forma uno dei capisaldi della dottrina nella formazione placentare del mio compianto Maestro. Egli più specialmente e più completamente studiò il fatto nei bruti: nella donna poi lo affermò fino dalle sue prime ricerche, e studiandolo nei vari stadi di funzionalità del viscere, confermò che nel periodo mestruale esso epitelio si disfà e cade, ed infatti ne troviamo gli elementi nel sangue mestruo: paragonando l'eretismo mestruale a quello che inizia l'ingravidamento e la formazione della caduca, e basandosi su alcune sue osservazioni, potè ancora asserire che anche nell'inizio della gravidanza l'epitelio uterino si disfà e cade, ma non stabilì l'epoca esatta nella quale questa caduta doveva avvenire. Bastava all'osservatore bolognese potersi servire di quel fatto per escludere la origine della decidua dall' epitelio preesistente, e da questo lato l'osservazione sua era giusta. Però egli non determinò esattamente qual'era l'epoca esatta della sparizione dell'epitelio. In seguito, in ogni altra sua pubblicazione sulla placenta, e tutti coloro che, presso di noi, ebbero a occuparsi dello stesso argomento (Romiti, Tafani, Colucci) asserirono essere necessario distruggersi l'epitelio uterino e più specialmente e più rapidamente ove si formerà la decidua serotina; non ne fu precisata l'epoca, dimodochè sia per questa circostanza, sia perchè il fatto fu sempre, e da me stesso particolarmente (1), espresso in modo generale, fu creduto che nei primissimi momenti che preludiano alla formazione deciduale, prima d'ogni altra cosa cadesse l'epitelio.

Nella coniglia poi le prime esatte ricerche sull' argomento, sono le mie (2) nel 1873: riporto testualmente le mie parole di allora: « Il primo periodo dell'utero gravido nella coniglia si manifesta con un forte accrescimento dei mammilloni o eminenze suddescritte (sulla muccosa normale) della muccosa; poi appaiono fortemente ramificate per lo allungarsi delle divisioni tra le cripte o follicoli, e si vascolarizzano fortemente. Lo epitelio nella loro parte superiore o libera resta inalterato.... in seguito l'epitelio dei follicoli (o l'uterino) grado grado si distrugge.... formata la serotina questa dapprima rimane coperta dai residui sformati dell'epitelio. » (3). Ciò ripetei nelle mie Lezioni di Embriogenia, Siena 1881. Tra coloro poi che ebbero a verificare il graduale disfacimento dell'epitelio uterino piacemi ricordare anche Tafani (4), che lo seguì specialmente nella cavia. Notisi che tanto

---

(1) Spec. « Embriologia. » Siena 1881.

(2) Romiti. « Sulla struttura e sviluppo della placenta. » *Rivista Clinica di Bologna,* genn. 1873, p. 8.

(3) In questo lavoro, descrivendo la formazione della placenta nella coniglia, ebbi anche la fortuna di verificare per primo un fatto assai importante nella evoluzione placentare in questi roditori, fatto (a parte l'interpretazione che gli diede) assai tenuto in conto da Ercolani e giustamente ricordato da Duval che gli assegnò differente significato. Che cioè, il rigonfiamento deciduale ben presto si fonde in una massa come di cellule in fusione, una massa di sostanza granulosa con molti nuclei, e sulla parte superiore della quale si vedono comparire cellule gigantesche.

(4) Tafani. « Sulle condizioni utero placentari della vita fetale. » Firenze 1886, p. 92.

dalle mie ricerche, come dalle estese di Ercolani (1), era assodato che nella porzione non gravida dell'utero l'epitelio permane.

Nella coniglia io non posso che confermare le mie antiche osservazioni, del graduale modificarsi e sparire l'epitelio uterino; cosa che in modo generale hanno osservato quasi tutti i successivi ricercatori: la sparizione sua è preceduta dal fondersi le cellule che lo formano in una massa con nuclei, e ciò ove si formerà la placenta, poichè nelle porzioni non gravide dell'utero, non solo si mantiene, ma notevolmente prolifera; e di ciò ebbi conferma anche studiando l'utero gravido della lepre. Ho da aggiungere che non posso riconoscere, come vogliono Strahl e Minot, che a costituire la formazione ectoplacentare (Duval) contribuisca l'epitelio uterino, perchè studiando attentamente l'epitelio uterino, ove si formerà la placenta, lo si vede fondersi in frammenti a granulazioni protoplasmatiche e far posto alla formazione deciduale (formazione ectoplacentare di Duval) che andrà rivestendo i villi che si avanzano. Resti di epitelio, sotto forma di piccole masse protoplasmatiche o sincizi si trovano qua e là inglobati e racchiusi tra gli elementi placentari, ma non hanno parte alcuna alla formazione dell'organo. Ciò che Strahl descrive come proliferazione dell'epitelio a rivestimento successivo del villo, non è altro che la formazione deciduale o la modificazione ultima degli elementi deciduali rivestenti il villo, elementi deciduali che, a parte la questione se sieno di provenienza materna o dall'ectoderma fetale come vuole Duval, subiscono nella coniglia quelle singolari modificazioni note a tutti coloro che ricercano la placenta di questi roditori. Le ricerche di Paladino poi mostrano in un modo troppo evidente la sparizione dell'epitelio nella cavia, confermando assai esattamente le cose più antiche di Ercolani.

Nella donna, riprendendo in esame le mie antiche preparazioni fatte per altre ricerche (sviluppo della decidua); e praticatene delle nuove coi più delicati odierni procedimenti tecnici, ho dovuto persuadermi che al principio del secondo mese non vi è più traccia alcuna di epitelio. Solamente ne può rimanere qualche traccia in fondo a talune pieghette o incavi che la mucosa fa.

Non mi è stato possibile esaminare esattamente uteri gravidi entro il primo mese; chè quelli avuti non erano nè freschi nè ben preparati e conservati da poter dar garanzia seria del risultato delle ricerche. In uno solamente dalla fine del 1.° mese circa, abbastanza ben conservato, l'epitelio era per la massima parte caduto. L'osservazione di Chiarugi, per la grande garanzia che presenta, è assai importante e può appunto mostrare due cose: o che nella donna l'epitelio cade un po' più tardi, oppure che esso permanga un po' più a lungo negli uteri gravidi, nei quali l'uovo è morboso.

---

(1) Spec. « Nuove ricerche ecc. » 1880. Spars.

Credo potere concludere che nell'utero gravido l'epitelio uterino sparisca certamente: la proliferazione allora descritta da Strahl non è dell'epitelio, ma è formazione deciduale. La distruzione nella donna si fa più rapidamente a livello della serotina, meno rapidamente a livello della vera, ove si può trovare epitelio al 2.° mese: forse (e i casi come quello di Chiarugi lo confortano) nelle uova normali, ove l'embrione ha specialmente forma vescicolare, l'epitelio si mantiene più a lungo.

Il fatto della sparizione dell'epitelio ha valore come avvenimento necessario alla completa costituzione del villo e della placenta. Perchè il villo fetale vada a rivestirsi del suo invoglio materno, è necessario che quello attraversi il posto ove era l'epitelio che a quell'epoca ha perduto il suo possibile ufficio di contribuire cioè colle glandule al primo nutrimento dell'uovo. Anche, se la formazione e la vascolarizzazione della placenta avvengano col singolare processo descritto da Duval, il valore del disparire l'epitelio sarebbe lo stesso.

A proposito dell'epitelio uterino, la notizia data pochi giorni sono da Selenka (1) merita tutta l'attenzione da parte dei culturi d'embriologia, tanto per la importanza del fatto, come per l'incontestato valore dell' anatomico di Erlangen. Nella sua corta notizia annunzia Selenka che può dimostrare che l'uovo umano nelle prime tre o quattro settimane del suo sviluppo, non è libero nella sua capsula embrionale, ma che esso già nella sua prima settimana di sviluppo ha una tenace e duratura unione coll'utero, perchè i villi coriali s' insinuano nel lume delle glandule uterine.

Ognun sa che tale teoria della placenta era già stata da vario tempo segnalata, nè intendo ora occuparmene nè pronunziarmi favorevole su di essa: soltanto voglio ricordare che, se si vuole estendere a legge generale, urta contro il fatto che in certi mammiferi (ruminanti) i villi fetali vanno a costituire la placenta appunto in quella zona dell'utero ove non sono glandule utricolari, e contro l'altro che sopra il villo vi è un rivestimento cellulare pavimentoso, mentre l'epitelio delle glandule è cilindrico.

L'epitelio uterino, insieme con quello delle glandule, va, per Selenka, a rivestire il villo, costituendo quel rivestimento che per la comune degli anatomici è di natura fetale, ed è differenziazione dell'ectoderma, al quale sottostà lo strato cellulare mesodermico di Langhans; fatto questo che Chiarugi (2) aveva confermato. Inoltre Selenka, tra gli altri argomenti che egli porta per sostenere la sua tesi, vi ha questo: che se l'uovo non si ponesse subito a contatto e non aderisse tosto all'epitelio uterino, questo dovrebbe trovarsi all'interno della capsula em-

---

(1) Selenka. « Zur Entstehung der Placenta der Menschen. » *Biolog. Cblatt.*, 15 gennaio 1891.
(2) Loc. cit.

brionale o del sacco che contiene l'embrione nell'uovo: ora nessun ricercatore sino adesso ha dimostrato la esistenza di questo epitelio in quel sito; al contrario la faccia interna del sacco viene descritta come irregolare, e formata da cellule connettive.

A parte il valore che vuol trarsi da questa circostanza, ed aspettando con giusta ansietà l'esteso lavoro ove sarà data chiara la prova che nelle scimmie antropomorfe la placenta si forma per lo accrescersi dei villi nelle dilatate glandule uterine, a parte questa circostanza dicevo, l'asserzione di Selenka conforta il risultato di coloro che non trovarono epitelio uterino nella superfice interna dell'uovo umano.

Ma intanto alla prima asserzione di Selenka, che cioè i villi umani nei primi tempi sono rivestiti di epitelio uterino, si può muovere qualche appunto.

Che il villo fetale si trovi negli embrioni dei primi tempi come egli lo descrive, è cosa sicura, ben nota agli anatomici, e che io stesso, riesaminando i miei preparati non posso che confermare. Anzi adesso sto studiando un importantissimo uovo umano mostruoso, e nei villi di questo ritrovo esatta la descrizione di Selenka.

Ma intanto nell'embrione di Chiarugi, nel quale per speciale circostanza era mantenuto l'epitelio uterino nella faccia interna della capsula, i villi avevano appunto quel doppio strato cellulare, già ben descritto da Langhans e accennato nella sua interpretazione da Selenka, dunque il rivestimento del villo esisteva coll'epitelio uterino distinto. Non è questo trovato comune, perchè il più delle volte sparisce l'epitelio anche un poco più presto, ma intanto, come in altri punti della anatomia della placenta, uno stadio che abitualmente è rapidamente transitorio, se per qualche accidentalità o condizione patologica più a lungo permane, può servire a dare qualche lume sul significato di alcuni degli elementi placentali (1).

---

(1) Correggendo ora (25 febbraio) la stampa, ho gentilmente ricevuto il bel volume pubblicato in onore di Tibone « Studi di Ostetricia e di Ginecologia. » (Milano, Bernardoni, 1890.) Tra i bei lavori contenutivi, ve ne ha uno di T. Clivio: « Contributo alla conoscenza dei primi stadi di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi, » p. 267-323, con belle tavole. Il lavoro è condotto diligentemente e con completa letteratura: si associa alle idee di Duval con qualche lieve modificazione. Circa l'epitelio, Clivio ne ha verificata la distruzione.

E. Truzzi. — **Laparoisterectomia sopravaginale per miofibroma edematoso uterino.** — Tipografia novarese, 1891.

L'A. dopo aver fatto cenno della controversa questione del trattamento del peduncolo nelle amputazioni sopravaginali dell'utero per miomi, è d'avviso che fra i migliori perfezionamenti ideati nella tecnica dell'affondamento e destinati forse a dare la definitiva vittoria agli avversari del trattamento extraperitoneale, merita di essere ricordata *la legatura elastica perduta del peduncolo.* Reputa interessante la pubblicazione del caso che accresce il numero dei risultati ottimi ottenuti mediante tale trattamento del peduncolo. — Segue dettagliatamente la storia clinica. Donna di 32 anni. Mestruazioni abbondanti e sempre crescenti fino ad ottenere il carattere di vere menorragie. Nullipara benchè maritata da 2 anni. Operazione il 30 gennaio. La paziente versava in uno stato di profonda anemia. La tumescenza addominale arrivava fino a 4 dita sopra il bellico. Circonferenza massima 83 cm. Cateterismo uterino cent. 13,5. La incisione delle pareti dovette essere estesa da 2 cm. sovra il pube ai cinque oltre il bellico. Per la costrizione elastica praticata sulla cervice uterina al di sotto del tumore venne usato un doppio cordoncino pieno quadrangolare di 3 mm. di spessore. I quattro capi furono stretti mediante 2 nodi seta. L'operatore demolì d'ambo i lati le ovaie e le trombe; i legamenti larghi presentavano grossi plessi vasali turgidi e varicosi, e le ovaie, anche macroscopicamente, presentavano evidenti segni di alterata struttura. Cauterizzò la mucosa del peduncolo con soluzione satura di acido fenico, e, previa escisione imbutiforme di detta mucosa, cosparse di jodoformio la parte escavata. Praticò una spiccia sutura a piani con catgut affrontando le 2 metà laterali destra e sinistra del moncone. Affondamento, toilette, sutura con 4 punti di filo d'argento profondi e 16 superficiali con seta. Decorso normale post-operatorio. Tolti i punti in 8.ª giornata la donna s'alzava dopo 17 giorni, e veniva dimessa dopo 23 dall'atto operativo.

L'indagine microscopica dimostrò trattarsi di un *Fibroleiomioma* con forte prevalenza dell'elemento muscolare sul connettivo, e le voluminose ovaje offrivano segni manifesti di *ooforite cronica sclero cistica bilaterale* che spesso trovasi accompagnare la presenza dei *Fibromi* ed indipendente da alcun processo di perimetrite finitima.

Richiama l'attenzione sopra il fatto che, benchè la donna fosse molto indebolita da pregresse emorragie non si verificarono ascessi nè eliminazioni di fili di sutura nè altri accidenti consecutivi, che per l'A. non sono l'espressione di una intolleranza del peritoneo pel tessuto elastico, ma bensì la espressione di una non rigorosa asepsi durante l'atto operativo, e forse anche in taluni casi colla

esagerazione nell'impiego degli antisettici sul peritoneo pelvico la cui tolleranza ed attività riparatrice viene minorata pei corpi stranieri abbandonati in cavità.

DECIO.

Dott. JESSETT. — **On the surgical treatment of cancer of the uterus** (*Sul trattamento chirurgico del carcinoma uterino*). — *The British Gynaecological Journal*, may 1890.

Divide l'utero in tre porzioni: vaginale, cervicale e corpo. Il carcinoma, a seconda che affetta una di queste parti, generalmente presenta differenti caratteri, ha decorso differente e può essere trattato con vari metodi.

Il cancro, come da molti fu osservato, raramente comincia nella porzione vaginale ma nelle ghiandole cervicali e più di frequente in quelle della metà inferiore. Il labbro posteriore è attaccato apparentemente più di frequente che l'anteriore, ed è importante ricordare che la malattia dal punto di origine si estenda in basso ed all'esterno, sebbene in seguito possa prendere un decorso ascendente. La forma di cancro che di solito si osserva è il cilindroma o scirro.

Fa risultare l'importanza dell'esame dell'ammalata quando sia fatto per tempo. Vi è uno studio precanceroso del cancro dell'utero, lo stesso come vi è nella lingua e nella gola, ed è dovere del chirurgo di rendersi famigliare con questa condizione.

La cura può essere divisa in palliativa e radicale. Certo colla cura palliativa molto si può fare col diminuire le sofferenze, ritardare il progresso del male e col migliorare la salute generale della paziente, e questo nei casi che si presentano già avanzati, inoperabili. Per tentare la cura radicale questa si deve solo sperare quando il male si è visto per tempo, l'utero è liberamente mobile e la vagina non interessata. Dopo aver parlato dei vari metodi di cura radicale, arriva alle seguenti conclusioni:

1.° Il cancro quando invade la porzione vaginale dell'utero è meglio trattato coll'amputazione vaginale della cervice e quest'operazione deve essere fatta colle forbici a preferenza del cauterio e dell'écraseur.

2.° In questa o qualsiasi altra forma della malattia i caustici non giovano, anzi in molti casi sono pericolosi.

3.° Il cancro della porzione cervicale dell'utero deve esser rimosso col togliere una porzione conica dell'utero al di là del tessuto ammalato; se nell'eseguire questa operazione si trova che il male si estende più in alto, allora si deve fare l'esportazione totale dalla vagina. L'esportazione della cervice coll'écraseur è in questi casi inammissibile.

4.° Quando il corpo uterino è sede del male, se riconosciuto per tempo, si

deve fare l'estirpazione dell'intero organo: negli stadi più avanzati molto si può ottenere colle misure palliative.

5.° Nessuna medicina data internamente ha effetto nell'arrestare la malattia.

Nella discussione che seguì a tale comunicazione, invitato dal dott. Rutherford a descrivere i sintomi delle stadio da lui descritto come precanceroso, l'A. dice: È un'erosione, un'abrasione o cosa? A poco a poco quando la malattia esiste ha tendenza ad estendersi in basso, all'indietro ed all'esterno. L'epitelio squamoso è distrutto e l'epitelio a colonna si avanza sino all'orificio esterno. Se questo costituisca lo stadio precanceroso non è preparato a dirlo, ma la questione deve essere decisa da chi ha più opportunità di osservare la malattia nel primo periodo di quello che lo abbia un chirurgo d'Ospedale. Quando tale condizione sia accompagnata da perdita e dolori, allora egli la ritiene come lo stadio precanceroso e in tal caso consiglia l'amputazione sopravaginale.

PIAZZA.

Dott. ARTHUR MACAN. — **Sull'estirpazione vaginale dell'utero.** — *British Gynaecological Journal*, may, 1890.

L'A. dopo aver presentato alla Società Ginecologica un utero estirpato da poco tempo e dopo aver rilevato come sino a quell'epoca si fosse portato l'argomento davanti alla Società una sol volta più di due anni prima, si propone di rispondere, ora che l'operazione è stata molto praticata nel continente, le sue indicazioni più accuratamente stabilite, la sua tecnica di molto semplificata ed i risultati ampiamente determinati, alle seguenti questioni:

Qual'è la mortalità dell'operazione? A questo riguardo preferisce prendere la statistica di un sol operatore e si serve di quella del prof. Leopold di Dresda, il quale in 80 operazioni per affezione maligna ebbe una mortalità del 5 p. 0[0. Dopo aver esaminato le cause dei quattro casi sfavorevoli conchiude essere sperabile che anche questa mortalità possa venire considerevolmente ridotta.

In qual percento dei casi, quando l'operazione è fatta per cancro, si può ragionevolmente ritenere la guarigione permanente? È opinione comune di quelli che hanno eseguito molte di tali operazioni che se non vi è recidiva dopo due anni la malattia sia con ogni probabilità completamente sradicata. Certamente si può questionare sull'assoluta verità di questa proposizione, però sono rarissimi i casi nei quali la recidiva si mostrò per la prima volta due anni dopo l'operazione. Delle 80 operate di Leopold solo 42 lo furono da più di 2 anni e di queste 27 sono ancora senza recidiva. In altre parole di 42 ammalate che del resto sarebbero certamente morte per cancro, 27 ossia il 64 1[2 per 0[0 vennero salvate dall'operazione.

Quali sono le indicazioni dell'operazione nelle affezioni maligne? Comparando l'estirpazione totale all'amputazione alta del collo allo Schroeder sta in favore della prima chè non si può dire avanti sin dove arriva la malattia e che la mortalità è maggiore per la seconda. I pericoli e gli svantaggi d'ambedue le operazioni di Freund e dell'amputazione sopravaginale del fondo quasi le escludono dal confronto. Più difficile a stabilire è quale sia l'infiltrazione nei parametri e la fissità dell'utero che controindicano l'operazione. Non la controindica una legger infiltrazione del legamento largo perchè tale infiltrazione fu trovata in molti casi dovuta ad infiammazione e non a diffusione cancerigna. In 14 dei casi di Leopold nei quali era riscontrata, la recidiva si ebbe solo in tre. Sino a che l'utero si può portare in basso l'operazione è indicata. Sembra però che l'infiltrazione dei legamenti posteriori sia una controindicazione più seria che l'infiltrazione dei legamenti larghi. Del resto in un ragguardevole numero di casi si deve considerare l'indicazione come assoluta, così p. es., nei casi di carcinoma della porzione vaginale della cervice quando le pareti vaginali non sono coinvolte, l'utero è mobile ed è incerto sino a qual punto il male si estenda verso il fondo. Così in tutti i casi di cancro del fondo quando l'utero non è troppo grosso ed i parametri non sono affatto o solo leggermente infiltrati. Anche quando la malattia invade più o meno la parete vaginale anteriore sembra meglio disseccarla il più vicino possibile della vescica piuttosto che abbandonare ogni speranza di cura permanente coll'operazione.

Nei casi nei quali l'operazione non produce cura permanente, la condizione della paziente quando si ha recidiva è migliore o peggiore di quella che sarebbe stata se non si fosse fatta l'operazione? Leopold senza esitazione afferma che è migliore. L'A. crede che si debba conchiudere che la loro condizione non può essere materialmente peggiore e non deve avere influenza contro l'operazione quando eseguita in casi favorevoli.

La mortalità dell'operazione in mani pratiche è legge sufficente per giustificarci di eseguirla in casi che non sono necessariamente fatali come il cancro? Dopo aver accennato come Martin l'abbia eseguita parecchie volte in casi di menorragia ribelle e Leopold in 30 casi nei quali non si trattava di cancro, come fecero anche altri operatori, non entra a difendere e stabilire i limiti dell'operazione e passa all'ultima questione e cioè:

Qual'è il metodo migliore e più semplice di eseguire tale operazione? Quali sono le principali difficoltà e pericoli che si ponno più facilmente incontrare e come possono essere schivati? Descrive l'operazione raccomandando di staccare completamente la vescica dell'utero onde evitare il pericolo di comprendere gli ureteri nelle legature dei legamenti larghi. Le difficoltà che ponno incontrarsi se dovute a vagina troppo stretta si supereranno coll'inciderla, l'utero fisso diventa molto più mobile quando la vagina è incisa completamente attorno ad esso, le

aderenze della vescica colla pazienza e perseveranza si arriva a staccarle senza lederla. Se questo succedesse si deve far la sutura. I pericoli dell'operazione sono pochi: emorragia; è principalmente dovuta al comprendere una porzione troppo grossa del legamento largo in una legatura; infezione: se vi sono in vagina masse di tessuto canceroso si toglieranno il più estesamente possibile con cucchiai di Simon e si cauterizzerà, se la malattia è limitata al canal cervicale o al fondo si laverà la cavità uterina e si tamponerà la cervice con garza all'iodoformio. Il pericolo dell'infezione dal retto si eviterà colla cura nel porre le legature, coll'evitare le esplorazioni rettali e col disinfettare scrupolosamente le mani, quando tale esplorazione sia necessaria. Conchiude col far risultare l'immensa importanza di stabilire per tempo la diagnosi in ogni caso di menorragia dipendendo il successo dell'operazione dall'essere immuni i legamenti uterini e le pareti vaginali.

Piazza.

Bantock. — **Ectopic gestation** (*Gravidanza ectopica*). — *The British Gynaecological Journal*, may 1890.

L'A. presenta nella seduta del 26 febbraio della British Gynaecological Society, un preparato molto interessante. Trattasi di un feto di circa sei mesi e del sacco che lo conteneva da lui rimossi in quel giorno. Fa la storia dell'ammalata che egli aveva in osservazione sino dal luglio, poi parla dell'operazione. Esposto il tumore si notò subito tessuto muscolare uterino e si constatò che doveva essere un caso di estrema difficoltà per quanto riguardava la rimozione del sacco. Introdusse un piccolo trequarti e ne sortì un liquido caffè oscuro, fece un'incisione nella cisti ed estrasse il feto, poi si accinse a togliere la placenta temendo di non poter esplorare la cisti e coll'intenzione di porvi un drenaggio. Il solo fatto del passare la mano sulla placenta produsse tale emorragia che si decise a tentare la rimozione della cisti. Separò parecchie anse intestinali aderenti e arrivò al legamento largo di destra, portò fuori tutto il tumore e ne assicurò il peduncolo composto dalla tromba e di gran parte del legamento largo. Lavò l'addome con acqua calda, pose un drenaggio e la paziente quella sera andava bene. Osserva che questa originariamante era una gravidanza tubarica e ritiene troppo dogmatica l'asserzione di Tait che nella gravidanza tubarica la tromba si rompa verso la tredicesima settimana sia nella cavità peritoneale, sia nel legamento largo, perchè in questo caso la gravidanza arrivò al sesto mese senza che siavi stata rottura.

Piazza.

Dott. Edis. — **On subperitoneal fibroid** (*Sui tumori fibrosi sottoperitoneali*). — *The British Gynaecological Journal*, may 1890.

Nella seduta del 26 marzo della British Gynaecological Society il dott. Edis presentò un fibroma subperitoneale che, sebbene di piccole dimensioni, produceva tali dolori per pressione nella pelvi da obbligare la paziente a fare intemperato ed abituale uso di morfina. Durante l'operazione dovette spingerlo a forza fuori della pelvi dove era incarcerato. Riuscì veramente difficile il trarre all'esterno il peduncolo. L'andamento consecutivo fu soddisfacente e gli aghi vennero tolti in quinta giornata. Si ebbero alcuni sintomi di irritazione vescicale dovuta alla pressione del peduncolo.

Il dott. Heyvood Smith domanda se il dott. Edis non ritiene pericoloso il lasciar libero il peduncolo così presto, se cioè non possa retrarsi nell' addome.

Il dott. Bantock non ritiene che una legger mortificazione della cute sia sufficiente ad autorizzare la rimozione per tempo degli aghi anche nei casi nei quali il peduncolo è così corto da produrla. Teme che la retrazione del peduncolo ad onta del serranodi abbia tendenza a stirar troppo le adesioni recenti. Egli preferisce separare dall' utero il rivestimento peritoneale e suturare i bordi fra loro ponendo il serranodi sulla superfice denudata.

Il dott. Fenton ritiene che siano veramente questi casi di piccoli tumori che causano i più grandi disturbi per pressione su organi così importanti e che si debbano operare. In un caso tolse gli aghi in quinta giornata e non si ebbero disturbi.

Il dott. Routh ritiene pure che si debbano operare.

Il dott. Edis dice che bisogna cucir bene il peritoneo. Egli tolse gli aghi in altri casi al quinto giorno senza inconvenienti. Anche se l'operata vomita non gli sembra che siavi pericolo.

Il dott. Bantock mostra un sarcoma molle operato in nubile a 36 anni. Il peduncolo era cortissimo e se lo avesse trattato nel modo usuale ponendovi attorno il serranodi comprendendo il peritoneo, avrebbe avuto grande stiramento. Adottò pertanto il piano da lui già usato in parecchi casi. Pose dapprima una legatura elastica, poi divise il peritoneo tutto all'ingiro sul tumore e lo stirò in basso fino alla sua base. Allacciò i vasi ovarici d' ambo i lati. Applicò il serranodi sulla superfice denudata ed enucleò il tumore a livello dell' orificio interno. In questo modo tutto il peduncolo era extraperitoneale. I foglietti del peritoneo vennero suturati fra loro e gli aghi furono passati attraverso la parte denudata senza toccare il peritoneo. Si ha così poco stiramento di esso e probabilmente in conseguenza di ciò non si ebbero disturbi di sorta. Il dott. Edis si ritiene sicuro

togliendo gli aghi per tempo, ma egli ricorda ancora un caso di ovariotomia quando si usava ancora il clamp pel peduncolo. Cinque o sei giorni dopo l'operazione si tolse il clamp, il peduncolo si retrasse completamente e la paziente morì. In un caso nel quale aveva applicato il serranodi e due aghi, una settimana dopo la paziente ebbe vomito e in conseguenza di ciò le aderenze peritoneali della parte alta del peduncolo si lacerarono e le intestina sortirono dalla ferita che egli dovette di nuovo suturare. Fortunatamente la paziente guarì. Mostra poi un altro preparato comprendente un feto, gli annessi di destra e la placenta.

PIAZZA.

RICHARD T. SMITH. — **Observations on Pelvic Abscess** (*Osservazioni sugli ascessi pelvici*). — *The British Gynaecological Journal*, may 1890.

Si può ritenere in generale che l'ascesso pelvico è una terminazione di infiammazione periuterina la quale varia e nelle cause e nelle forme che assume; quando è dovuta a cellulite pelvica o parametrite costituisce un vero flemmone; quando è dovuta a peritonite pelvica assume i caratteri di un effusione incistata nella quale può esservi l'intestino o una tromba o un'ovaio o tutti a tre assieme. La causa della prima trova più comunemente la strada attraverso all'utero o nel processo del parto o dopo operazioni sull'utero stesso o per raffreddamento durante la mestruazione. La pelvi peritonite risulta più frequentemente da affezione della tromba e dell'ovaia. In entrambi i casi l'ascesso costituisce una tumescenza dai cui caratteri si possono avere alcuni dati: Dimensioni. Il grado di queste non è di molto valore, in entrambi i casi l'ingrossamento può essere considerevolissimo.

Carattere. La pelvi cellulite di solito si può dire è diffusa, non ha confini definiti; ha anche di norma l'indurimento preliminare ligneo. Il tumore dovuto alla peritonite pelvica può essere molto duro, ma ha un bordo che gli dà una forma rotonda ovale e frequentemente si può sentire un solco fra la tumescenza e l'utero.

Situazione nella pelvi. In generale l'ascesso da cellulite pelvica trovandosi al di sotto della fascia pelvica, occupa una posizione inferiore nella pelvi. Il margine inferiore di un ascesso peritoneale pelvico può essere alla volta vaginale, ma può in alcuni casi occupare la tasca di Douglas.

Effetto sull' utero. In generale l'utero ritiene la sua posizione centrale nella cellulite, ma è spinto lateralmente, o all' avanti o all' indietro nell' altra forma d' infiammazione.

Anche il modo di terminazione presenta differenze ben definite. Gli ascessi da cellulite pelvica hanno tendenza ad aprirsi all'esterno, le effusioni purulente

incistate vengono a volte tollerate a lungo (in un caso 4 o 5 anni) e quando si rompono si fanno strada frequentemente nel retto o nella vescica. Per questo motivo l'A. raccomanda l'aspirazione o la laparotomia. Come terminazione naturale di queste due qualità di ascessi è a notarsi che la cura negli ascessi parametrici pelvici è spesso assolutamente completa e il processo di riparazione perfetta.

Lasciando da parte gli ascessi pelvici dovuti a malattie delle trombe o delle ovaia (sia blenoraggica o tubercolare), la probabile origine della peritonite tubercolare dalla malattia tubaria tubercolare e l'ascesso risultante dall'ematocele, l'A. riferisce su una forma latente di ascesso pelvico che può assumere proporzioni molto ampie quasi senza sintomi. Cita due casi nel primo dei quali aspirò dalla via vaginale quattro pinte di pus. Questa sola aspirazione bastò a produrre la guarigione (l'A. osserva però che la sua pratica ora è di drenare). Nel secondo caso drenò.

Sfortunatamente, dato un caso, non si può essere sicuri della natura esatta altrimenti la norma dovrebbe essere: Aspirare l'ascesso da cellulite pelvica dalla vagina e drenarlo; per gli ascessi comprendenti superfici peritoneali aprire l'addome ed agire a seconda di quello che si trova.

PIAZZA.

D. MAYO ROBSON. — **Casi di ascessi pelvici trattati colla laparotomia.** — *The British Gynaecological Journal*, may 1890.

Intendo parlare solo degli ascessi pelvici che hanno origine nella pelvi stessa e che sono conseguenza di altre malattie quali la cellulite pelvica, la peritonite pelvica, l'ematocele, ovarite, salpingite, disfacimento di tubercoli. Essendo la cura aspettante troppo insoddisfacente si presentano quali altri mezzi: 1.° l'*Aspirazione*. In certi casi quando si hanno ascessi piccoli e localizzati questo mezzo semplice è utile, ma è incerto nei grandi, inutile negli ascessi multipli e non senza pericoli, potendosi ferire altri organi che trovansi in fronte all'ascesso. 2.° La laparotomia subperitoneale. Secondo l'A. questa può aver solo un'applicazione molto limitata e può usarsi quando si hanno segni che l'ascesso si avvicina ai lati della pelvi. 3.° Laparotomia.

Fa la storia di sei casi interessanti.

1.° Ascesso pelvico comunicante col retto da sei anni, aperto e drenato anteriormente. Guarigione.

2.° Ascesso pelvico comunicante con un uretere, cateterismo dell'utero, nefrotomia esplorativa, susseguente laparotomia ed evacuazione dell'ascesso. Guarigione.

3.° Ascesso pelvico comunicante col retto da 6 anni, tisi polmonare ed

addominale, laparotomia subperitoneale ed evacuazione del pus e materiale caseoso. Miglioramento.

4.° Ascesso pelvico, peritonite tubercolare, laparotomia, evacuazione e drenaggio dell'ascesso. Miglioramento.

5.° Ascesso pelvico, peritonite tubercolare, laparotomia esploratrice, estese aderenze al di sopra dell'ascesso, susseguente aspirazione dalla vagina. Miglioramento.

6.° Ascesso pelvico, laparotomia, evacuazione e drenaggio. Guarigione.

Fa delle considerazioni su detti casi e conclude doversi, una volta stabilita la diagnosi di pus nella pelvi, evacuarlo e, a meno che la fluttuazione si senta in vagina, chè allora l'ascesso può venire attaccato da questa parte, aprire l'addome, evacuare e drenare la cavità, piano che, se eseguito secondo arte, sarà seguito dai migliori risultati.

Aggiunge di avere, dopo scritta la memoria, operato in 4 altri casi aprendo l'addome e drenando l'ascesso al di sopra del pube e sempre con buoni risultati.

PIAZZA.

JOSEF MARKUS. — **Tetanus puerperalis.** — *Prager Medicinische Wochenschrift*, N. 21, 1890.

L'A. riferisce un caso di tetano puerperale interessante riguardo alla sua eziologia, e per il rapido letale suo esito.

Una II para di 38 anni, giornaliera si sgravò di due gemelli in una stanza dove il marito, cenciajolo, faceva magazzino della sua merce. Ritardando l'espulsione della placenta, la paziente fu inviata alla Maternità, dove venne operata dell'estrazione della placenta mediante il processo di Credé, con felice esito e decorso, per cui dopo alcuni giorni venne dimessa.

In nona giornata, circa, di puerperio, fu colta improvvisamente, senza alcuna ragione plausibile e senza prodromi, da trisma, quindi rinviata all'Ospedale. Essa presentava pupille egualmente dilatate, e reagenti allo stimolo della luce, normale il movimento degli occhi; rigida l'espressione del volto, cioè impossibilità di aprire la bocca, mentre fra i denti fuoriusciva più abbondante e più viscosa la saliva; la deglutizione difficoltata, la respirazione rumorosa e leggermente accelerata. Avvicinandosi alla paziente si avvertiva un odore più forte, più cattivo di lochi. L'addome era molto rilassato.

L'utero si elevava oltre la sinfisi pubica ma non dolente alla palpazione, come pure gli annessi, in antiflessione, incompletamente involuto, e di consistenza più molle. Nulla ai parametrii. Appetito, emissione urinaria ed intestinale normali. Qualche poco di albumina nell'urina. T. 37, 37,6. P. 94.

Il mattino dopo la paziente presentava i sintomi di una crescente dispnea; si lagnava di oppressione, e le sembrava di soffocare, T. 38.2, P. 132, respirazione molto frequente.

Dopo un quarto d'ora si verificò la contrazione della nuca, la respirazione sempre più frequente e penosa e prossima al rantolo, così che la paziente poco dopo moriva.

Dall'autopsia si rilevò: nulla di speciale alle meningi e cervello, nè agli organi respiratori e circolatori. Nulla al peritoneo, fegato quasi normale, milza ingrossata di una metà, capsula ispessita e polpa rammollita. Reni pallidi con qualche aderenza capsulare.

Nulla in vagina. Utero, lungo 16 cent., largo 14 cent., presenta una superfice interna coperta di un essudato grigiastro, purulento, di cattivo aspetto. L'endometrio necrotizzato, la muscolatura facilmente lacerabile. Nulla agli annessi. Trombosi del plesso venoso spermatico destro, esteso fino al suo sbocco nella cava.

Nel dubbio di una forma di lissa, fu fatta una inoculazione intermeningea ad un coniglio coll'emulsione del midollo allungato della donna, ma non si ebbe risultato positivo.

Diagnosi post mortem: endometrite necrotica, trombosi del plesso venoso spermatico destro, tumore acuto di milza, ittero, septicemia.

L'A. rileva che per il decorso letale rapidissimo della malattia i cui sintomi principali erano costituiti dal trisma e dalla rigidità della nuca, poteva far pensare subito ad una forma di lissa, ma per il reperto degli organi genitali dava diritto a pensare anche ad un tetano puerperale.

Accenna a molti casi di tetano puerperale già noti, ed anzi in alcune regioni del globo più frequenti.

Riguardo all'eziologia del tetano, fatta astrazione di quanto si opinava in passato, ricorda gli studi moderni, specialmente del Brieger, intorno alla ptomaine che si sviluppano dagli arresti placentari, e che riassorbite portano i fenomeni del tetano puerperale.

E quantunque nel caso riferito non esistessero arresti placentari, tuttavia nell'endometrite necrotica esisteva un processo di decomposizione per il quale poteva aver avuto luogo lo sviluppo di ptomaine causa dei sintomi di tetano violentissimi; e ciò era tanto più probabile dietro la considerazione che il Brieger aveva precisamente ottenuti questi sintomi, in seguito all'essersi sviluppata una sostanza alcaloide la *toxina*, da lui scoperta, dalla coltura dei bacilli del tetano traumatico.

Tuttavia, nel caso riferito, mancava ancora la spiegazione, come cioè potesse essere stato portato il bacillo del tetano, sapendo che questo si presenta più frequentemente negli uomini che praticano coi cavalli; tanto che il Brieger ha potuto isolare la *tetanina* da un pezzo di cadavere putrefattosi in una stalla di cavalli.

Ma pure considerando che la donna si era sgravata nella stanza che serviva

da magazzeno degli stracci, perchè il marito ne era negoziante, lasciava all'A. la persuasione che questa dovesse essere stata l'origine dell'infezione.

Dott. Secchi.

Victor Pfeifer. — **Ueber eine eigenartige Geschwulstform des Uterusfundus** *(Intorno ad una speciale forma di tumore del fondo dell'utero) (Deciduoma maligno).* — *Prager Medicin. Wochenschr.*, N. 26, 1890.

Riconosce l'A. che i tumori che hanno il loro punto di partenza dal corpo o dal fondo dell'utero, sono, ad eccezione dei miomi, molto rari. Fra questi tumori stanno in primo luogo quelli che hanno un certo rapporto colla gravidanza o col puerperio, intorno ai quali già nel 1876 scrisse il Maier (nel giornale *Virchow's Archiv*, Volume 67) descrivendo due casi, in cui potè accertare che il loro punto di partenza non poteva essere che la decidua. E dappoichè coll' esame istologico, si riscontrarono delle cellule simili a quelle della decidua le quali formavano la maggior parte della massa del tumore il Maier lo giudicò una forma di deciduoma.

Tre anni più tardi il Chiari riportava tre casi di tumori del fondo dell'utero, i quali si erano sviluppati dopo pochi mesi dal puerperio, e che per i caratteri degli elementi cellulari e per la sua diffusione nel tessuto muscolare dell' utero, nella vagina e nelle ovaie credette si trattasse di carcinoma del fondo uterino.

Considerando appunto l' età giovane delle pazienti nella quale i carcinomi sogliono verificarsi raramente, credette il Chiari di poter stabilire una diretta dipendenza fra il puerperio e lo sviluppo del tumore in quanto che i cangiati rapporti di nutrizione della mucosa uterina dopo la gravidanza avessero dato l'impulso allo sviluppo del carcinoma.

Il Pfeifer riferisce pure un caso molto analogo ai precedenti nel quale potè essere dimostrata la vera natura del tumore mediante i preparati istologici.

Si trattava di una donna che presentava sintomi dubbi fra una gravidanza anormale od una degenerazione maligna dell' utero forse tubercolare.

Non essendo possibile sulla paziente un intervento curativo energico, per il suo stato di grave debolezza, si tentò di procurare l' aborto con una candeletta elastica, ma non comparvero mai contrazioni uterine. La paziente morì poco dopo per altre complicazioni ai polmoni ed al cuore.

Dalla autopsia si riscontrò, oltre alle lesioni degli altri visceri, l'utero ingrossato la cui cavità era occupata da una massa della grandezza di un pugno che partiva dal fondo uterino, colla superfice necrosata, e di consistenza molle. Tagliato in mezzo appariva una massa bianco rossiccia seminata da numerose emorragie, per la massima parte necrosata, e concresciuta colla parete muscolare dell' utero.

L'ispezione macroscopica del tumore così ricco di elementi cellulari quasi di aspetto midollare lasciava dubbio se si trattasse o di un carcinoma o di un sarcoma midollare. La ricerca microscopica diede risultati così speciali che non poteva manifestamante essere classificato fra alcune delle forme conosciute; ma dava molto più diritto di porlo in un posto a sè, cioè come un prodotto di eccessiva nutrizione degli elementi della decidua; in una parola come un deciduoma, anzi un deciduoma maligno. Indurito, e fattene le sezioni, presentava la massa principale costituita da agglomeramenti cellulari che sembravano immersi in altrettante grandi lacune che erano limitate da uno stroma cellulare ricco di nuclei, simile al tessuto congiuntivo fibroso. Al primo aspetto si aveva l'impressione di un carcinoma; ma questo si poteva escludere dappoichè si riscontrava in molte località, dove il tumore era ancora in pieno sviluppo, una sostanza intercellulare fra mezzo a grosse cellule di aspetto granuloso ed in qualche punto fibroso.

In oltre v'erano delle località dove la sostanza intercellulare mancava affatto e le cellule era addossate alle cellule.

Queste poi erano di straordinaria grandezza ed avevano ora una forma ovale, ora fusiforme, ora bipolare; molte cellule erano degenerate in grasso, altre a contenuto granuloso torbido e in gran parte cadute in necrosi.

Una caratteristica poi che deponeva contro il carcinoma era la presenza di alcuni vasi capillari che attraversavano la massa cellulare.

Da tutto ciò, e per molti altri caratteri che qui sarebbe lungo a menzionare, crede l'A. di aver in mano la prova più sicura per differenziare questa forma di tumore dal carcinoma. Spiega poi il modo di invasione e di nutrizione del tumore non che la sua metastasi in altri organi.

Il fatto più importante però è quello di aver trovato il tessuto di decidua persistente in tutta la massa del tumore. Conclude quindi che il descritto tumore, che partiva dal fondo dell'utero, era un deciduoma maligno.

SECCHI.

LUDWIG KLEINWAECHTER. — **Die angeborenen partiellen Verengerungen der vagina** (*Stringimenti congeniti della vagina*). — *Prager Medicinische Wochenschrift*, N. 48, 1890.

L'A. rileva che fra le anomalie anatomiche della vagina, quelle più rare sono i sepimenti trasversali della stessa, e le stenosi. In tutto nella letteratura se ne sono raccolti non più di una ventina. Certamente poi i casi di sepimenti trasversali sono i più rari, benchè alcuni autori hanno riferiti simili casi sotto il nome di *imene duplice*.

Per quanto consta all'A., dei casi pubblicati di membrane imeniformi, i più

frequenti sarebbero localizzati alla parte inferiore della vagina, e secondo il Dohrn ciò sarebbe in rapporto col fatto che a questo livello avviene la fusione dei condotti di Müller, mentre solo i due casi di Krimer e Coleman ed il seguente si riferiscono a sepimenti localizzati nella parte superiore della vagina.

Una sposa sterile già da sei anni, senza alcun disturbo, nè mestruale, nè dolorifico specialmente per il coito, andò a consultarsi per il dispiacere della sua sterilità. Presenta normali i genitali esterni e manifesti i resti imenali. L'estremità superiore della vagina finisce in fondo cieco, ed il dito esploratore non rileva nessuna porzione uterina ma bensì una volta vaginale appianata.

Collo speculum si scopre una membrana che chiude il fondo vaginale, tesa trasversalmente, e portante un' apertura eccentrica per la quale si può insinuare un catetere N. 8, con cui si può rilevare uno spazio che si estende per oltre due centimetri. L'utero riscontrato per la via rettale è grosso ma in posizione normale. Vennero praticate varie incisioni sulla membrana, e per impedire la ricongiunzione dei lembi questi vennero fissati con sutura a pellicciaio ed applicato un tamponamento di garza iodoformica. La membrana aveva lo spessore di 3-4 mm. Appena aperta così la strada, il resto della porzione vaginale era tanto larga che sembrava fosse stata accessibile al coito. Mentre d'altra parte non risultava dall'anamnesi alcuna causa di stenosi cicatriziale fosse avvenuta per qualche processo infiammatorio pregresso, ciò che si poteva del resto anche escludere dall'esame della parte stessa. Dunque si trattava di un vero vizio di conformazione della vagina nel suo terzo superiore.

L'A. accenna tuttavia a molti casi di membrane imeniformi riferiti e confusi insieme da altri autori. Le quali forme non portano con sè necessariamente la sterilità, dappoichè molte di esse furono rilevate ed incise all'epoca del parto, o durante la gravidanza

Solamente quando questi sepimenti posseggono un piccolo foro eccentrico, possono essere causa di sterilità per l'impedito afflusso delle cellule spermatiche, o per l'accumulo di secreto vaginale che si raccoglie al di là del sepimento e che congiura alla vita del zoosperma, come il catarro nelle stenosi cervicali dell'utero. E questa fu la causa della sterilità nel caso riferito dall'A., tanto più che il sangue menstruale, non potendo fluire liberamente, ristagnava lungamente nel tratto di vagina fra l'utero ed il sepimento.

Riguardo alla cura consiglia sempre l'operazione, che non offre difficoltà, avendo cura di suturare la superficie cruentata. Se si tratta di una gravida, sarà meglio praticare l'operazione prima dell'epoca del parto onde evitare una possibile infezione dalla ferita.

Le forme di sepimenti a mezzaluna, non possano presentare impedimento al coito nè al parto, quindi non è sempre necessario l'intervento operativo.

La questione è ben diversa invece quando trattasi di vera stenosi vaginale.

In questi casi il dito esploratore urta contro tutta la parete vaginale ristretta o foggiata ad imbuto. La parete è rigida, dura ed ingrossata, per tessuto cicatriziale sotto mucoso probabilmente in conseguenza di un processo infiammatorio dell'epoca fetale.

Di questi casi l'A. riferisce uno da lui osservato, nel quale la stenosi risiedeva al 3.° superiore della vagina, presentando un lume di restringimento di circa 2-2 1[2 millimetri.

La sonda introdotta per esso faceva rilevare uno spazio che risiedeva al di là della stenosi prima di raggiungere l'utero. Le pareti vaginali corrispondenti alla stenosi erano dure, rigide. La pressione del dito avvertiva la rigidità e la nessuna tendenza del tessuto a dilatarsi. La mestruazione era normale, senza disturbi. Riguardo alla patogenesi non risultava nessun dato nè anamnestico nè anatomico che potesse deporre per la forma acquisita. Il Beigel pure riferisce un caso simile a questo, ed altri casi dove la stenosi era estesa a quasi tutta la vagina (Beigel e Scanzoni).

Riguardo alla terapia di questa seconda forma bisogna confessare la poca efficacia dei nostri mezzi.

I mezzi cruenti non sono possibili; non rimane che la dilatazione graduale meccanica, o pure la elettrolitica. La dilatazione meccanica, pare presenti qualche vantaggio; pure dopo alcun tempo bisogna riconoscere che lo stringimento è ridivenuto allo stato di prima.

La cura elettrolitica pare dia migliori risultati, in quanto che non lascia un tessuto cicatriziale retrattile nel luogo del ristringimento. La corrente iniziale da 20 milliamp. può raggiungere fino ai 200 M. A.

Dappoichè queste stenosi non impediscono il concepimento, così si sono riscontrati casi molto gravi di questa anomalia in donne gestanti con grave pericolo pel pronostico del parto.

Di questo importante argomento si è occupato il Müller, e ne ha riferita una interessante statistica, dalla quale risultano i casi in cui il parto ha potuto aver luogo naturalmente, altri pei quali si dovette intervenire con sbrigliamenti, e quelli infine per cui si dovette aprire nuova via al prodotto del concepimento (taglio cesareo). La cura profilattica non sembra utile; meglio è l'aspettare fino all'epoca del parto per decidere dell'intervento più utile o almeno che corrisponda al bisogno.

Secchi.

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Cura dell' erpete dei genitali.

Erpete discreto, due volte al giorno la seguente medicazione:

I. lavature con acqua vegeto-minerale allungata, con vino aromatico diluito con decotto di foglie di noci o con soluzione borica,

II. ed immediatamente dopo applicare la polvere seguente:

Ossido di zinco	gr. 1
Calomelano	» 1
Sottonitrato di bismuto	» 3

Nell'eczema umido prescrivere:

Amido polverato	gr. 100
Tannino	» 5
Sottonitrato di bismuto . .	» 1

Per uso esterno.

Se vi è irritazione, far precedere le applicazioni della polvere, dalle unzioni di vaselina, o di pomata d'ossido di zinco.

Erpete confluente:

I. al principio topici emollienti, cataplasmi di fecola all'acqua borica, lozioni di decozione di testa di papavero nell'acqua borica, semicupi,

II. unzioni con vaselina, sugna fresca, cold-cream, oppure applicazione di una polvere inerte,

III. se v'è tolleranza: unzione con unguento diachylon alla lanolina, pomata all'ossido di zinco ed al sottonitrato di bismuto anche con aggiunta d'acido borico.

Erpete recidivante:

I. cauterizzazione con nitrato d'argento al 10, 10 o 30 p. 0[0 od anche puro,

II. lozioni con soluzioni di solfato di rame, di solfato di zinco o di sublimato,

III. applicazione di polveri essicanti e di cotone,

IV. trattamento generale con acque minerali.

La trementina nelle emorragie post-partum.

Allorchè i mezzi ordinari fallirono, imbevere un pezzo di garza od un fiocco di cotone colla trementina ed introdottolo nell'utero, bagnarne le pareti. Si produce la contrazione e l'emorragia cessa istantaneamente.

Cura dello sclerema dei neonati.

Come in tutti gli individui nei quali la pelle non funziona, non tarda molto prodursi un collasso polmonare che apporta rapidamenre la morte.

Scegliere una buona nutrice e fare l'alimentazione artificiale se il bambino non ha la forza di succhiare, amministrando altresì una porzione stimolante con acqua di menta, di melissa, di cannella, d'anice stellato, addizionata d'acquavite o di vino di malaga nella dose di un piccolo cucchiaio per 60 grammi della miscela. La pozione dovrà essere calda. Far frizioni cutanee con una pezzuola di lana riscaldata ed imbevuta d'olio canforato o di linimento aromatizzato, e ripetere giornalmente i bagni di vino caldo, o d'acqua calda con un po' di senape, o quelli a vapore o l'impacco col cotone. Il massaggio riuscirà utile, e la temperatura della camera sarà elevata e secca.

Il viburnum prunifolium in ostetricia (Lutaud).

L'estratto fluido si usa nella dose di 4-10 gr. al giorno, ed è la preparazione preferibile, ma tuttavia si prescrive anche l'estratto molle in pillole nella quantità di gr. 0,60 pro die. — La viburnina si amministra nella dose di gr. 0,05 — gr. 0,10.

Il viburnum prunifolium è sopratutto un sedativo uterino ed è da raccomandarsi in tutte le forme di dismenorrea ed ogni volta che si ha a temere l'insorgenza di travaglio abortivo o prematuro. Deve essere preferito agli oppiacei.

Pomata per l'eczema della regione anale e degli organi genitali.

Oleato di cocaina . .	gr.	1-2
Lanolina	»	40
Olio d'olive.	»	10

uso esterno.

Applicare due volte al giorno questa pomata, spolverando altresì le parti con una polvere assorbente. Si farà uso di semicupii con acqua calda saponata e contro il prurito anale si userà con vantaggio di supposte all'oleato di cocaina.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Giugno 1891. Num. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. Scuola Pareggiata d'Ostetricia nell'Ospizio di S. Caterina in Milano
DIRETTA DAL PROF. COMM. E. PORRO.

-7 JUL 91

Rendiconto Clinico dell'anno 1890

PEL
Dott. ANNIBALE BERTAZZOLI
Primo Assistente e Libero Docente in Ostetricia.

(Continuazione, vedi numero precedente).

Operazioni cruente sul corpo del feto.

a) Embriotomia sul capo.

N. 60 — IV para, con bacino normale, a termine di gravidanza. Gli altri parti furono naturali facili. A domicilio ripetuti tentativi di liberazione da parte del medico. Al momento dell'ingresso all'Ospizio versa in condizioni gravi per ripetuta perdita sanguigna dai genitali. Acque colate spontaneamente da due giorni; feto vivo, in presentazione di V. pescante nello scavo pelvico, con procidenza della mano sinistra, fuoriuscente dalla vulva. Lacerazione vaginale sinistra in direzione verticale, che poi si constata arrivare fino al fornice corrispondente. Sotto la cloronarcosi si fa prudente tentativo col forcipe, persistendo la vita fetale; ma incontrando difficoltà alla discesa della parte presentata, presto vi si rinuncia, e si passa alla perforazione cranica, colla forbice di Smellie ed all'estrazione del feto mediante il cranioclaste Braun. Emorragia rilevante dalla lacerazione vaginale, che si combatte con

ghiaccio ed iniezioni vaginali emostatiche. Il bambino pesa 3400 grammi (senza cervello), ed è lungo 54 centimetri. Puerperio leggermente febbrile per endometrite. Esce in IX.ª giornata.

N. 131 — VI para, ben conformata, gravida al principio del settimo mese, con feto in presentazione di V. I parti antecedenti furono tutti naturali facili. È accolta in Ospizio ad acque colate già da cinque giorni, collo uterino non del tutto scomparso ed appena permeabile al dito esploratore. La cervice uterina è ampiamente lacerata al suo lato sinistro, dove si sente abbondante il tessuto cicatriziale, che si estende fino al fornice vaginale corrispondente. Alla sera del giorno dell'ingresso febbre preceduta da brivido (39.º 5), per la quale si sollecita la dilatazione uterina con un sacchetto di Barnes, e più tardi cogli sbrigliamenti multipli. Ad orificio uterino dilatato a 5 cent. si procede alla perforazione cranica (Smellie), e quindi all'estrazione fetale mediante il cranioclaste (Braun). Bambino del peso di 950 gr. (senza cervello), e della lunghezza di cent. 36. Puerperio regolare. Esce in VIII.ª giornata.

N. 244 — I para, con bacino totalmente ristretto di 1.º grado, a termine di gravidanza. Feto in presentazione di V. d. t. ancora mobile allo stretto superiore. Entra in Ospizio a dilatazione uterina di 4 centimetri, con procidenza del funicolo non più pulsante. A dilatazione di circa 7 cent. si interviene colla craniotomia e colla cranioclastia, e si estrae un bambino del peso di 2670 gr. (senza cervello) e della lunghezza di cent. 50. Puerperio regolare. Esce in IX.ª giornata.

N. 534 — VII para, ben conformata, a termine di gravidanza. Parti antecedenti tutti naturali con feti vivi. Viene condotta alla Maternità da un paese della provincia in uno stato di grave ambascia con anasarca e forte albuminuria. Iniziatosi il travaglio alla sera del giorno antecedente al suo ingresso, dopo due ore veniva praticata la puntura del sacco a dilatazione uterina ancora incompleta. A mezzanotte la dilatazione uterina era completa, e dopo due ore di inutile periodo espulsivo veniva a domicilio dapprima tentato il forcipe, e quindi il rivolgimento da due medici del paese. Infine le si amministra della segale cornuta, e si invia la paziente a quest'Ospizio. L'utero è in permanente contrazione per tetano segalino, e l'addome è dolentissimo, massime nel quadrante inferiore destro. Non si sente battito cardiaco fetale. Genitali esterni assai contusi con trombo al grande labbro sinistro. Scolo sanguigno di già fetente. Il feto è in presentazione di faccia F. I. S. A. alla parte alta dello scavo pelvico, con notevolissimo tumore di parto. Orificio uterino risalito in parte sulla presentazione. Craniotomia colla forbice di Smellie attraverso l'orbita anteriore e cranioclastia (Braun). Estrazione facile della testa, mentre abbastanza difficile riesce il disimpegno delle spalle

pel forte rinserramento uterino. Appena uscito il feto copiosa emorragia, che richiede il secondamento manuale. Allora si constata un' ampia lacerazione vaginale a destra, che mette fra le pagine del legamento largo senza essere però perforante, e l'asse uterino fortemente obliquo verso l'alto ed a sinistra. Prudente lavatura alla soluzione di creolina. Iniezioni di etere e mistura analettica per bocca. Il bambino, del peso di 3500 gr. (senza cervello) e della lunghezza di cent. 50, era in incipiente stato di decomposizione. Puerperio morboso per gangrena vulvo-vaginale. Lascia la Clinica in XV.ª giornata dal parto in discrete condizioni locali e generali.

N. 556 — I para, gravemente albuminurica, a termine di gravidanza. A domicilio ebbe anche accessi eclampsici. È in esordio di travaglio, col feto vivo in presentazione di V. S. t. a metà dello scavo pelvico. Solita terapia medica. Dal lato ostetrico si sollecita il decorso del parto colla introduzione di una candeletta elastica nel cavo uterino; ed a dilatazione di 2 cent. si fa la rottura delle membrane nel campo dell'orificio. Dopo un'ora dall'ingresso, 1.º accesso eclampsico nell'Ospizio, e la temperatara sale a 39.º 7. Clisteri di cloralio e bromuro di potassio. Altri due accessi a breve distanza. Isterostomatomia prima e durante la liberazione. A dilatazione uterina di 6 cent., e sotto la cloronarcosi, tentativo col forcipe, persistendo la vita fetale; ma vi si rinuncia dopo ripetute e valide trazioni per non compromettere di troppo le parti materne, molto più che il battito cardiaco erasi intanto andato estinguendo, e si passa alla craniotomia (Blot) ed alla estrazione del feto col cranioclaste (Braun). Bambino del peso di 2350 gr. (senza cervello), e della lunghezza di cent. 50. Puerperio febbrile per eclampsia ed albuminuria dapprima, poi per catarro gastro-enterico con itterizia. Esce in XIV.ª giornata, fino dalla 7.ª non essendosi più riscontrata albumina nelle orine.

b) Embriotomia sul tronco.

N. 35 — I para, a bacino normale, a termine di gravidanza. È condotta all'Ospizio da un paese della provincia, dove quel medico condotto aveva per più volte, ma sempre invano, tentato di liberarla mediante rivolgimento. Il travaglio dura da più di 21 ore, ed il feto è in presentazione della sp. sin. C. I. D. con procidenza del braccio. È già iniziata l'evoluzione spontanea, che perciò si favorisce mediante l'uncino acuto. L'uscita dei visceri addominali rende l'atto operativo abbastanza facile; ed il feto così estratto pesa 2820 gr. ed è lungo cent. 52. Puerperio febbrile per difterite vulvare e cellulite pelvica. Esce in XIX.ª giornata dal parto.

N. 527 — V para, ben conformata, gravida nel principio del nono mese. Delle gravidanze antecedenti una sola raggiunse il termine colla nascita di un bambino morto durante il travaglio. Entra in Clinica a travaglio di parto iniziatosi dalla sera antecedente, ed a membrane rotte artificialmente da più di un'ora a dilatazione uterina ancora incompleta dalla levatrice che l'assisteva, la quale poi accortasi della presentazione trasversa del feto, tentò più volte anche il rivolgimento. Al momento dell'ingresso della paziente trovasi l'utero in preda a permanente tetania; il feto in presentazione della Sp. dest. C. I. D. con procidenza del braccio coi segni della macerazione; temperatura febbrile (38.° 7) e lieve albuminuria. Sotto la narcosi cloroformica applicazione della chiave uncino del Braun, che riesce piuttosto difficile per la elevazione del collo fetale. A maggiore risparmio dei tessuti uterini si termina la sezione del collo colla forbice del Dubois. Feto macerato del peso di due chilogrammi. Puerperio regolare. Esce dalla Clinica in VIII.ª giornata.

Complicanza ed intervento nei parti composti.

N. 65 — I para, ben conformata, con gravidanza gemellare a termine. Primo feto in presentazione podalica incompleta (varietà natiche sole) in s. i. s. p., a metà dello scavo pelvico. Dopo 2 ore e mezza di inutile periodo espulsivo estrazione dapprima mediante laccio applicato sull'inguine anteriore, e poi colle solite manovre per la porzione sopra ombellicale del feto. Dopo un quarto d'ora rottura artificiale del secondo sacco con uscita di abbondante quantità di liquido amniotico, ed abbassamento profilattico del piede anteriore, trattandosi ancora di presentazione podalica incompleta (varietà natiche sole) in s. i. s. t. Più tardi estrazione per sofferenza fetale. Bambini leggermente asfittici, rianimati, di sesso femminile, del peso di 2 Kg. e della lunghezza di 45 centimetri il primo, ed il secondo del peso di gr. 2970 e della lunghezza di cent. 49. 5. Placenta unica con due amnios e due corion. Puerperio fisiologico. In VIII.ª giornata passa fra le nutrici del Comparto Esposti col secondo gemello.

N. 166 — II para, a pelvi normale, ed a gravidanza gemellare nella seconda quindicina del nono mese. Presentazione podalica completa di ambedue i feti, in s. i. d. t. il primo, ed in s. i. s. t. il secondo. Abbassamento profilattico del piede anteriore tanto sul primo che sul secondo feto, ed aiuto nel disimpegno delle braccia e della testa dopo uscita naturalmente la porzione sotto ombellicale. Bambini vivi, di sesso femminile, del peso di 2550 gr. e della lunghezza di cent. 45 il primo; ed il secondo del peso di 2480 gr. e della lunghezza di cent. 47. Pla-

centa unica con due amnios e due corion. Puerperio regolare. Esce dalla Clinica in quarta giornata col secondo gemello.

N. 366 — (V. interruz. artific. della gravidanza a scopo ostetrico).

N. 333 — (V. interruz. artific. della gravidanza a scopo medico).

N. 393 — (V. interruz. artific. della gravidanza a scopo medico).

N. 401 — I para, anasartica, con gravidanza gemellare nella prima quindicina del 9.° mese. Al suo ingresso nell'Ospizio si riscontra discreta albuminuria, dilatazione uterina di 3 cent., e procidenza del funicolo non più pulsante, col primo feto in presentazione podalica completa s. i. d. t. alla parte alta dello scavo pelvico. A dilatazione pressochè completa se ne fa l'estrazione; il secondo viene partorito naturalmente dopo mezz'ora in presentazione di v. d. a. Il primo bambino, morto, pesa 2220 gr. ed è lungo 47 cent.; il secondo pesa 1830 gr. ed ha la lunghezza di 44 cent. Placente perfettamente separate. Puerperio regolare. Esce dalla Clinica in decima giornata col secondo bambino.

N. 434 — I para, albuminurica, con gravidanza composta al principio del 9.° mese. Sul primo feto, in presentazione di v. s. a., viene applicato il forcipe a metà dello scavo pelvico per procidenza di una mano; e sul secondo feto in presentazione di v. d. a., si eseguisce il rivolgimento per sofferenza. Bambini vivi coi caratteri della precocità. Placenta unica con due amnios e due corion. Puerperio fisiologico. Esce in settima giornata.

Secondamento artificiale.

N. 127 — VII para, gravida alla fine del 7.° mese, con polidramnios (7 litri circa). Parto naturale facile di un feto anencefalico con spina bifida. Dopo un'ora e mezza dalla nascita del bambino si compie manualmente il secondamento per aderenze preternaturali della focaccia placentare. Puerperio leggermente febbrile per endometrite. Esce in quattordicesima giornata.

N. 128 — VII para, è accolta nella Maternità per stillicidio sanguigno da minaccia di travaglio di parto abortivo (5.° mese). L' espulsione del feticino avviene naturalmente dopo fatto la rottura delle membrane, e un'ora e venti minuti più tardi si passa all'estrazione strumentale degli annessi per emorragia da distacco parziale della placenta. Puerperio regolare.

N. 135 — III para, a termine di gravidanza. Parto facile di un bambino assai sviluppato in presentazione di v. s. a. Dopo una durata di 2 ore del terzo periodo, e falliti i comuni mezzi della spremitura e delle trazioni sul cordone, si è costretti di ricorrere all'estrazione manuale della placenta, tenacemente tenuta alla parete uterina da morbose aderenze. Puerperio regolare. Esce in settima giornata.

N. 137 — XV para, è accolta in travaglio di parto abortivo (3° mese). Espulsione naturale dell'embrione, e dopo mezz'ora estrazione strumentale dei residui ovulari per insorta emorragia. Puerperio regolare. Esce in undicesima giornata.

N. 151 — V para, entra nell'Ospizio in travaglio di parto abortivo (4.° mese). Dopo una durata del primo periodo di 6 ore e mezza espulsione naturale di un feticino, macerato, in presentazione podalica; e trascorsa un'ora e tre quarti dall'uscita del feto, estrazione strumentale degli annessi. Puerperio regolare. Esce in settima giornata.

N. 515 — (Vedi estrazione).

N. 582 — I para, sifilitica, gravida nella seconda quindicina dell'8.° mese. Parto naturale di un feto, macerato, in presentazione podalica incompleta (varietà natiche sole). Dopo un'ora e mezza di inutile attesa per l'espulsione delle secondine si interviene manualmente ad estrarle per spasmodia dell'orificio uterino interno, che lentamente si sfianca colla graduale introduzione delle dita. Puerperio leggermente febbrile per endometrite. Esce in X.ª giornata.

Laparotomie per indicazione ostetrica.

a) Operazione Porro.

N. 472 — XII para, d'anni 35, con stenosi pelvica grave da osteomalacia, che ha prevalentemente deturpato lo stretto inferiore. Delle gravidanze antecedenti due si interruppero spontaneamente ad epoca abortiva, le altre andarono a termine. Dei parti solo gli ultimi due furono artificiali. Allattò tutti i suoi bambini, ed anzi fu per due volte anche nutrice mercenaria. È accolta nell'Ospizio in principio del 9.° mese di gravidanza, oltremodo denutrita e sofferente tanto, da esser quasi sempre costretta al letto. Dopo due giorni dall'ingresso, in seguito ad esame digito-vaginale da parte di un medico praticante, si inizia insistente perdita sanguigna dai genitali, alla quale ben presto tengono dietro contrazioni uterine, che in-

darno si cerca di combattere con clisteri laudanizzati ed iniezioni ipodermiche di morfina. Dichiaratosi il travaglio di parto si fanno tutti i preparativi per l'operazione Porro, che viene eseguita alle 6 di sera, a dilatazione uterina quasi completa, ed a sacco amniotico integro. Nessuna particolarità degna di nota durante l'atto operativo. Il bambino per quanto rapidamente estratto, viene portato alla luce in gravissimo stato di asfissia, dal quale non valgono a ritrarlo le solite e molteplici manovre di respirazione artificiale, e muore due ore dopo la nascita. Pesa 2160 gr. ed è lungo 45 cent. Dopo l'operazione continua il gemizio sanguigno dai genitali esterni. Dal moncone àvvi pure leggera perdita di sangue, che cessa coll' applicazione del laccio elastico. In seconda giornata insorge febbre (39.°) preceduta da brivido. Facili rigurgiti, addome dolente e assai meteoritico. I diversi mezzi impiegati a diminuire l' enorme distensione delle anse intestinali falliscono; la temperatura continua a mantenersi elevata, mentre si deprimono le forze dell'operata, che muore in quarta giornata dall'atto operativo. All'autopsia non si trovano traccie di peritonite, ed il decesso si lega alla sepsi accompagnata da imponente meteorismo (vedi specchietto finale).

b) Gastrotomia per gravidanza extrauterina.

N. 85 — II para, d'anni 38, agiata. A 36 anni prima gravidanza con parto naturale a termine di un bambino vivo, che allattò per dieci mesi. Entra nella Maternità in uno stato marcatissimo di ipotrofia, causa le gravi ed insistenti sofferenze addominali che la costrinsero a letto per due mesi quasi ininterrottamente. Ebbe l'ultima mestruazione regolare ai 12 novembre 1889 e durante i due primi mesi di gestazione ebbe insistente stillicidio sanguigno dai genitali. I dolori, che poi non le lasciarono tregua, cominciarono verso la metà del mese di dicembre. Ammesso con molta probabilità trattarsi di gravidanza extrauterina tubarica sinistra, si decide intervenire dalla via laparotomica per il continuo e minaccioso deperimento della paziente. La diagnosi ne è completamente confermata; ma si rinuncia all'estrazione della tromba ectasica per la mancanza di sufficiente spazio alla applicazione sicura di un laccio; e, seduta stante, si preferisce la perforazione del tumore dalla via vaginale mediante un curvo trequarti, che viene lasciato in posto per le necessarie lavature endocistiche. Esce dopo 42 giorni dall'atto operativo in condizioni generali assai migliorate, ma colla necessità di un piccolo drenaggio metallico in vagina. Riveduta più tardi, le condizioni erano ritornate addirittura floride, e la comunicazione colla vagina completamente chiusa.

N. 310 — VII para, d'anni 31, agiata. I parti antecedenti furono naturali a termine di gravidanza, meno una volta in cui il parto insorse

ad epoca prematura per morte intrauterina del feto. Dei puerperi solo l'ultimo fu lungamente morboso per pelvi peritonite. Viene accolta in Ospizio per gravidanza extrauterina addominale, a falso travaglio da pochi giorni avvenuto. Si attende ancora un mese, e poi si interviene colla laparotomia suturando la parete della cisti fetale alle pareti addominali. Il bambino, in uno stato di avanzata macerazione, pesa 2890 gr., ed è lungo cent. 50. Decorso consecutivo abbastanza regolare dapprima, complicato più tardi da leggera flemmasia dell'arto inferiore sinistro, vinta in pochi giorni coi soliti mezzi terapeutici. Si alza per la prima volta in trentasettesima giornata dall'atto operativo, e mezz'ora dopo lasciato il letto muore improvvisamente col quadro fenomenico dell' embolia polmonare.

N. 473 — V para, d'anni 25, contadina. Parti antecedenti naturali a termine, con puerperi fisiologici, meno l' ultimo, che fu morboso per cellulite pelvica, e che tenne la paziente a letto per più di tre mesi. Veniva alla Maternità un mese dopo avvenuto il falso travaglio, in uno stato di marcata denutrizione, e sempre febbricitante, tanto alla mattina che alla sera (da 38.° 6 a 39.° 3). È degna di nota in questo caso l'assoluta assenza di ogni dolore durante tutta la gravidanza; invece l'insorgenza del falso travaglio fu accompagnata da fenomeni peritoneali abbastanza gravi, che obbligarono la paziente a letto per circa tre settimane. Dopo otto giorni dall'ingresso nell'Ospizio gastrotomia con fissazione della cisti fetale alle pareti addominali. Il bambino, macerato, pesa 3700 gr., ed il liquido amniotico viene calcolato a due litri circa. Decorso consecutivo leggermente febbrile per disturbi gastro-enterici nelle prime 12 giornate, in seguito perfettamante regolare. Si alza in ventottesima giornata dall'atto operativo, ed esce dalla Clinica in quarantottesima giornata in ottime condizioni generali. Al momento della dimissione persiste una piccolissima comunicazione fistolosa addomino-utero-vaginale, che si trova chiusa quando la paziente si ripresenta all'ambulatorio dopo altri quindici giorni.

Laparotomie per indicazioni ginecologiche.

N. 8 — Cisti intralegamentosa dell' ovaio sinistro e profondamente pescante nello scavo pelvico. Utero in alto ed a destra. Si rinuncia all'esportazione completa della cisti per l'impossibilità di fare peduncolo o di enuclearla alla Miner. Invece si strozza col serranodi Cintrat, dopo d'averla fognata con un drenaggio metallico, ed escisa la parte maggiore della cisti medesima. Decorso consecutivo affatto regolare. In 26.ª giornata comincia ad alzalsi ed in 40.ª lascia l'Ospizio coll'infundibolo addomino-cistico perfettamente chiuso.

N. 38 — Ematocele retrouterino suppurato. Accertata mediante laparotomia la natura della tumescenza e la qualità della raccolta liquida, si fa la fognatura metallica vagino-cistica, chiudendo con catgut il pertugio endo-addominale. Sintesi della incisione addominale a tutto spessore con tre punti di filo d'argento, e sutura superficiale con seta fenicata. Il decorso consecutivo fu assai lungo per il lento ridursi della cavità suppurante. Esce in 70.ª giornata.

N. 44 — Soggetto assai anemico per copiose e ripetute emorragie da fibromiomi multipli dell'utero, il cui fondo arriva a due dita trasverse al di sotto del bellico. Ovaro-salpingectomia bilaterale. Decorso consecutivo regolare, salvo la persistenza di leggero stillicidio dai genitali, che si arresta con iniezioni endouterine di tintura di iodio. Lascia il letto in 14.ª giornata e quando esce dall'Ospizio è assai migliorata nello stato generale.

N. 116 — Cisti ovarica sinistra, e cisti intralegamentosa dell'ovaio destro. La prima, dopo averla isolata dalle molteplici ma deboli aderenze viscerali e parietali si riesce ad esportarla completamente, ed il peduncolo, grosso e corto, viene cauterizzato coll' acido fenico ed affondato. Quella di destra, sepolta quasi completamente fra le pagine del legamento largo, non si riesce a sollevarla a sufficenza, neppure spingendola verso l'alto dalla via vaginale, e però si rinuncia ad affrontarla col coltello, accontentandosi pel momento di svuotarla del contenuto mediante l'aspiratore del Potain. Decorso post-operativo del tutto regolare. Si alza in 12.ª giornata ed in 30.ª lascia la Clinica.

N. 92 — II para, osteomalacica. Accolta nell' Ospizio sul principio del 9.º mese di gravidanza, per la stenosi pelvica le viene provocato il parto, e dopo più d'un mese, persistendo i dolori ossei colla stessa intensità di prima, viene sottoposta all'ablazione degli anessi uterini. Decorso consecutivo affatto apiretico. Si alza in 15.ª giornata ed in 25.ª dalla subìta operazione lascia l'Ospizio con dolori ossei assai diminuiti e migliorata nelle condizioni generali. Riveduta più tardi, aveva riacquistata la libera deambulazione e godeva di salute a dirittura florida.

N. 119 — Cistoma multiloculare dell'ovaio sinistro. L'atto operativo riesce abbastanza spedito per le deboli aderenze omentali; il liquido raccolto, di natura colloidea, pesa 4250 gr., ed il tumore 900 grammi. Segmentazione del peduncolo con seta fenicata; sua cauterizzazione all'acido fenico puro, ed affondamento. Sintesi addominale a tutto spessore con tre punti d'argento, e sutura superficiale con seta. Si alza per la prima volta in 11.ª giornata, ed esce dall' Ospizio in 17.ª dall' atto operativo.

N. 120 — Ovarite doppia con retroversione uterina in pluripara. All' atto operativo si trova inoltre la presenza di una cisti incipiente sotto-tubarica intralegamentosa destra, ed un'altra alle frange del padiglione della tromba sinistra, dello sviluppo di una noce. Ablazione bilaterale degli annessi; ed i singoli peduncoli vengono affondati, dopo averli segmentati e trattati al solito modo coll'acido fenico puro. Decorso consecutivo regolare. Si alza in 14.ª giornata ed in 28.ª esce dalla Maternità. Al momento della dimissione l'utero si trova in antiversione.

N. 160 — Soggetto assai anemico per profuse emorragie da fibromioma uterino dello sviluppo di un utero di sette mesi di gravidanza. Frequenti attacchi di peritonite. Aperto il ventre, si deve rinunciare alla ablazione degli annessi uterini di destra, giacchè sono sepolti in una massa di tessuto resistente, che non cede all'opera delle semplici dita. Esportazione completa degli annessi di sinistra, e solito trattamanto del peduncolo residuante. Sutura in massa delle pareti addominali con filo d'argento e sutura superficiale con seta fenicata. Si alza in 14.ª giornata dall'atto operativo; ma dopo tre giorni, per l'insorgenza di leggera flemmasia all'arto inferiore sinistro, è di nuovo obbligata a letto per due settimane, dopo le quali lascia l'Ospizio.

N. 171 — Contadina, d'anni 43, con enorme cistoma ovarico (circonferenza ombellicale cent. 148). Nella prima incisione laparotomica, a scopo esplorativo, per la fusione quasi completa della sierosa peritoneale colla parete cistica, e per l'avvenuto esteso scollamento della sierosa parietale, si decide estrarre soltanto il liquido cistico, riportando ad altra seduta l'ablazione anche del tumore. Il liquido estratto mediante grosso trequarti, arriva a 35 chilogrammi ed è di natura colloidea. La cisti appare uniloculare. Otto giorni più tardi altra incisione laparotomica, e questa volta al disotto del bellico, mentre la prima era stata fatta al disopra. Con non poca difficoltà si arriva al peduncolo, e legatolo, previa segmentazione, e reciso si riesce poscia a liberare dal basso verso l'alto il resto del tumore dalle rilevanti sue aderenze parietali. Decorso consecutivo amendue le volte regolare. In 17.ª giornata si alza dal letto, ed in 23.ª lascia la Clinica completamente guarita di tutte le sue sofferenze.

N. 217 — Tumore addomino-parietale del quadrante inferiore sinistro interessante la sierosa peritoneale, e causante dolori continui estesi anche all' arto inferiore corrispondente. Laparotomia con taglio lateralizzato. Il tumore esportato ha forma ovale con una lunghezza di 69 millimetri ed una larghezza massima di mill. 38. Pesa 65 gr., ed all'esame istologico risulta costituito da solo tessuto connettivo sulle sue varie fasi, dalla embrionale a quella fibrosa lamellare. Decorso consecutivo affatto regolare. Esce in 19.ª giornata dall'atto operativo.

N. 223 — Soggetto assai anemico per ripetute metrorragie da ovarite e salpingite bilaterale. Ovaro-salpingectomia bilaterale con affondamento dei peduncoli. Le trombe erano amendue dilatate per raccolta liquida, e raggiungevano il volume di un dito pollice d'adulto. Nulla di irregolare nel decorso consecutivo. Si alza in 15.ª giornata ed in 25.ª esce dall'Ospizio in condizioni alquanto migliorate.

SPECCHIO DEI DECESSI.

1890 Numero di Registro	Data del decesso	CAUSA	OSSERVAZIONI
1) 99	5 Marzo.	Peritonite purulenta generale da rottura perforante dell' utero.	Entra in Clinica dopo essere stata sottoposta a ripetuti tentativi di forcipe a domicilio. — Alquanto anemica per perdita sanguigna sofferta durante il viaggio, ha l'addome assai dolente alla più leggera pressione, ed è anche albuminurica. — Viene prontamente liberata col forcipe di un bambino asfittico, non rianimabile, e muore in 2.ª giornata dal parto per peritonite purulenta da rottura perforante dell' utero nella sua parete posteriore, immediatamente al disopra dell' orificio interno.
2) 62	29 Marzo.	Metro peritonite.	La morte avviene in 7.ª giornata dal parto, che era stato naturale, assai rapido.
3) 130	10 Aprile.	Anemia pernic. progressiva.	Al momento dell'ingresso nell'Ospizio presenta il quadro clinico dell'anemia gravissima. Per di più è anasarcatica e durante il parto diventa anche albuminurica. — Per stenosi pelvica da rachitismo il parto è ultimato col forcipe allo stretto superiore, colla nascita di un bambino vivo. — Muore in 6.ª giornata dal parto senza avere mai presentato forma morbosa nell' apparato genitale.

1890 Numero di Registro	Data del decesso	CAUSA	OSSERVAZIONI
4) 175	22 Aprile.	Peritonite purulenta generale da rottura spontanea di cisti ovarica.	È accolta in Ospizio già con peritonite in corso ed in travaglio di parto prematuro. — Muore in 2.ª giornata dal parto, ed all'autopsia si trova peritonite purulenta da rottura spontanea di una cisti moltiloculare dell'ovaio destro.
5) 310	25 Settembre.	Embolia polmonare.	Operata di gastrotomia secondaria per gravidanza extrauterina, il primo giorno che lascia il letto (in 37.ª giornata dall'atto operativo) muore quasi improvvisamente col quadro dell'embolia polmonare.
6) 472	1 Novembre.	Setticemia.	Osteomalacica, oltremodo denutrita, viene d'urgenza sottoposta all'operazione Porro per travaglio di parto insorto ad epoca precoce, in seguito ad infezione determinata da un improprio esame vaginale. — Muore in 4.ª giornata per setticemia, con meteorismo imponente, invano combattuto con molteplici mezzi.
7) 478	1 Novembre.	Versamento pleurico bilaterale. Nefrite parenchimatosa al secondo stadio.	È condotta in Clinica con dispnea gravissima e nefrite albuminosa. Si provoca l'aborto al 5.° mese. — Nei primi due giorni dopo il parto leggiero miglioramento. — Per insorgenza di pleurite trasudativa bilaterale di nuovo aggravamento, e morte nel giorno susseguente.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

IDRAMNIOS ACUTO

CONTRIBUTO DI CASUISTICA — CONSIDERAZIONI CRITICHE

DEL

Dott. F. VILLA

(*Continuazione, vedi pagina 400*).

Osservazione II.

Nefrite in gravidanza al 7.° mese. Idramnios acuto. Provocazione del parto. Emorragia da placenta previa. Morte improvvisa della donna. Dilatazione degli ureteri, delle pelvi e dei calici renali.

Il secondo caso d'idramnios acuto, venne diagnosticato e seguito nelle ultime sue fasi dal Prof. Mangiagalli, il quale richiamava l'attenzione sull'importanza di alcuni fatti.

R. Carolina, 39, cg., contadina, ricovera nel Comparto li 25 novembre 1888.

In passato fu colta parecchie volte dall'infezione malarica, e superò un flemmone alla coscia destra. Gravida cinque volte, partorì sempre a termine e senza l'intervento dell'arte, ed i puerperi decorsero normali.

Mestruata per l'ultima volta nell'aprile del corrente anno, da circa tre mesi avverte i moti attivi. I primi cinque mesi della gravidanza passarono senza alcun disturbo e solo di poi insorsero edemi, localizzati da principio ai piedi, quindi diffusi agli arti inferiori, ai genitali ed alla faccia.

Stato presente. Anemia notevole, edema al volto, sensi integri, nulla di rimarchevole al petto, funzioni gastriche buone, nessun disturbo intestinale. Edema degli arti inferiori e dei genitali esterni, fondo dell'utero a due dita trasverse sopra il bellico, ventre assai espanso lateralmente. Collo uterino da pluripara; attraverso allo spesso segmento inferiore, non si rileva alcuna parte fetale. Albuminuria scarsa.

Istituita la diagnosi, albuminuria gravidica al 7.° mese, si intraprende la cura lattea e giornalmente si tiene calcolo della quantità e del peso specifico dell'orina emessa. Li 4 dicembre, l'esame chimico e microscopico di tale secrezione dà il seguente risultato:

Peso specifico 1,010.
Urea gr. 12,081 per chilogrammo.
Reazione debolmente acida.
Opacamento albuminoso.
Assenza di pigmenti biliari.
Qualche cellula d'epitelio pavimentoso delle prime vie urinarie e poche rare cellule catarrali.

Questi dati non valevano certo a portare gran luce, ma poichè nei giorni successivi gli edemi andavano riducendosi, e la copia di urina escreta nelle 24 ore si avvicinava alla normale ed il peso specifico aumentava, parve si trattasse di una forma lieve e transitoria di albuminuria gravidica, piuttosto che di una nefrite cronica. Se non che dal giorno 7 in poi le orine scemano nuovamente in quantità, l'albumina aumenta, ed il 17 si riscontra che il ventre è rapidamente e notevolmente accresciuto in volume e che gli edemi dei genitali sono ragguardevoli. La nuova complicazione rende urgente l'interruzione della gravidanza, onde tosto si interviene col praticare la rottura del sacco amniotico, essendovi condizioni della cervice tali da permettere il passaggio a due dita e qualche debole e rara contrazione. Senonchè alla puntura delle membrane, tien dietro uno scolo sanguigno ragguardevole, e non si ottiene invece quantità apprezzabile di liquido amniotico; per cui introdotta la mano in vagina e spinto più in alto il dito esploratore, e riconosciuta l'esistenza di una placenta previa marginale, il prof. Mangiagalli procedè senz'altro alla versione per manovre combinate e portò all'esterno un piede. L'emorragia cessò immediatamente, e riconosciuta allora la gravidanza gemellare si tenne la donna in osservazione e solo dopo cinque ore si passò all'estrazione del primo feto, e successivamente alla rottura del sacco del secondo gemello e ad applicazione di forcipe sulla testa di questo in causa di inerzia uterina. Massaggio, spremitura dell'utero, trazioni modiche sui cordoni fanno

uscire due placente isolate; l'irrigazione endouterina calda ed un'iniezione ipodermica d'ergotina portano buona contrazione dell'utero.

Ambo i feti sono morti da poco, hanno uguale lunghezza (24 cm.) e peso uguale (1700), ma l'uno è maschio e l'altro femmina, la placenta del primo espulso più espansa, e più sottile era quella insorta in basso. Nessun'altra particolarità per gli annessi.

Il giorno successivo la donna è un po' prostrata di forze, tossisce ed espettora scarsamente, offre un rialzo termico lieve, e poliuria ragguardevole (3-4 litri). Il 19 apiressia, lochiazione regolare, benessere, è cessato il profluvio orinoso, la tosse è scomparsa ed il 20 mattina la puerpera, che accusando euforia aveva già preso qualche alimento, ad un tratto muore senza accennare ad alcuna sofferenza.

L'autopsia, praticata appena trascorso il termine di legge, e colla massima accuratezza, non trovò fatto alcuno che valesse a spiegare la morte istantanea. Non emorragia, nè embolismo cerebrale, non trombi, non alterazioni valvolari, ma solo lieve adiposi cardiaca.

Notevole dilatazione degli ureteri, specie di quello di destra, grosso quanto un pollice, e corrispondentemente calici e bacinetti pure dilatati; i reni microscopicamente presentavano un processo di data non recente. Tale è l'annotazione che venne fatta in attesa del reperto microscopico che mancò essendo andati perduti i pezzi. Nulla al fegato, alla milza, all'utero ecc.

Questo caso clinico appare estremamente interessante, poichè tocca parecchi dei capitoli più importanti della patologia gravidica. Ed innanzi tutto abbiamo, come sfondo del quadro, una nefrite che si palesa con sintomi spiccati verso la metà della gravidanza e che l'esame uroscopico e la necroscopia perfettamente concordi indicarono di data non recente. L'anamnesi non ricorda quale lasso di tempo fosse trascorso fra la gravidanza antecedente e l'attuale, e se quella fosse stata negli ultimi mesi accompagnata da qualche sintomo che potesse far sospettare che già allora fosse esistito un processo renale il quale attenuatosi o quasi guarito dopo il parto, avesse subìto un risveglio per l'insorgere della nuova gestazione. Nei casi in cui vi è concomitanza di gravidanza e di malattia renale, questa si svolge più rapidamente e però più precoci ne sono le manifestazioni patologiche; ma tuttavia, secondo Dickinson, la nefrite raggiunge raramente alla prima gestazione un alto grado ed il parto emenda o fa scomparire i sintomi e la donna gode di buona salute fino al successivo concepimento che ricondurrà gli accidenti; ed

Hypolitte e Moricke raccolsero parecchi casi confermanti tale asserto. Nè questo solo, che altri registrarono osservazioni comprovanti la scomparsa definitiva delle lesioni renali ed il perdurare della guarigione non pure per il mancare di successiva gravidanza ma anche per il prodursi di questa dopo lungo intervallo (1). Qui i primi sintomi furono osservati già intorno al 5.° mese, in una epoca cioè assai precoce per l'apparire dell'albuminuria (2) e forse la donna, come tutte le contadine in genere, ebbe a prestare attenzione ai sintomi della malattia solo quando avevano assunto certe proporzioni, onde considerando che si trattava di una forma a decorso lento e quindi produttrice di disturbi tardivi e di manifestazioni poco spiccate si vede come il dubbio che la nefrite fosse preesistita alla gravidanza possa ritenersi abbastanza fondato. Certo è che quella avrebbe potuto insorgere nei primi tempi della gestazione, ma allora sarebbe difficile il ritenerla legata a questa nel rapporto di effetto a causa e meglio che un caso infrequente di nefrite gravidica precocissima, avremmo avuto dinnanzi una concomitanza fortuita non potendosi in tali periodi invocare, nè la iperattività funzionale del rene (Peter), nè l'aumentata tensione circolatoria intravasale (Beau, Cazeaux) nè l'accresciuta eliminazione di sostanze di metamorfosi regressiva e tanto meno riuscendo ammissibile che la compressione dell'utero producesse fin dai primordii la dilatazione ureterica da cui ripetere il processo renale. Checchè ne sia, resta per fermo l'esistenza di una forma lenta, di cui i sintomi si erano in parte emendati colla diminuzione notevole degli edemi, colla scomparsa dell'albumina, coll'aumento del peso specifico maggiore, allorchè insorse acutamente l'idramnios. Il che non è certo favorevole alla teoria derivante l'eccesso del liquido da malattie della madre, e che sarebbe basata sulla frequenza colla quale si osservò la coesistenza dell'idramnios col morbo di Bright, e coll'anasarca, da cui diminuzione nel riassorbimento delle acque amniotiche. Ricordo che nel singolo caso lo sviluppo rapidissimo dell'utero non fu accompagnato da alcun sintomo speciale, qualora se ne eccettuino i puri fenomeni meccanici.

All'atto in cui si intervenne col rompere il sacco che si presentava,

---

(1) Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » T. I, pag. 734.

(2) Idem, pag. 735.

occorse di rilevare una notevole emorragia ed inoltre si notò che scarsissima, pressochè nulla fu la perdita di liquido. La metrorragia riuscì di ovvia spiegazione poichè si riconobbe l'inserzione marginale della placenta, ed il fatto dell' oligoidramnios valse a stabilire ipso facto la diagnosi di gravidanza gemellare; e di più sorse il sospetto della probabile esistenza di un'unica placenta, poichè qui si riscontrava il fatto più volte segnalato per i gemelli uniovulari, polidramnios di un sacco e scarsezza delle acque dell'altra tasca. Per il fatto dell'apertura della tasca inferiore, il contenuto uterino non era diminuito di volume e quindi l'utero non si sarebbe punto ritratto, nè le contrazioni avrebbero subìto alcun eccitamento, e l'impegnarsi del feto sarebbe andato per le lunghe mancando così l'effetto utile che secondo il Puzos si aspetta dalla manovra da lui nominata. Insufficiente dunque la puntura del sacco, si ricorse senz'altro, poichè due dita riuscivano a penetrare in cavità, all'abbassamento di un arto fetale, manovra che, come si vide, riuscì pienamente nell'intento. Già dissi che le placente erano due, e che la sola anormalità presentata, era l'inserzione marginale di quella appartenente al primo feto, circostanza che credo non inutile di ricordare perchè riguarda una questione largamente studiata. Infatti il Mantel, (1) indagando la patogenesi dell'idramnios, attirava l'attenzione sulla coincidenza « frequente ed innegabile » dell'inserzione placentare sulla parte inferiore dell'utero, colla presenza di una grande quantità di liquido amniotico, ma riconosceva che nello stesso modo col quale l'inserzione placentare inferiore non spiega tutti i casi d'idramnios, così bisogna fare speciale distinzione per quello a rapido sviluppo. Egli non ammise, che la presenza nell'uovo umano di una grande quantità di liquido sia di regola collegata all'inserzione inferiore della placenta e che forse esista fra questi fenomeni una vera relazione di causa ad effetto, ma invece che sia l'inserzione inferiore e non quella previa, viziosa, che si debba incriminare e che questa inserzione inferiore determina non già l'idramnios, ma sibbene la produzione di liquido amniotico in proporzione esagerata. E perciò resta perfettamente giustificata l'eccezione fatta per l'idramnios acuto, in quanto che « l'esosmosi abbondante che diviene la causa di una quantità esagerata di liquido amniotico » sa-

(1) MANTEL. « Contribution à l'étude de la pathogenie de l'hydramnios. » *Archives de tocologie,* 1888.

rebbe dovuta ad elementi causali d'azione piccola e lenta ma continua, senza essere per altro costretti come esso Mantel vorrebbe a separare l'idramnios acuto dall'idramnios lento, nello stesso modo che si separa l'ascite dalle malattie del peritoneo. Fra i casi raccolti solo due (Negri, Mantel) offersero la inserzione marginale, mentre in quello in discorso si notò il fatto opposto della scarsità quasi assoluta delle acque. La quale, in vista della nessuna differenza di sviluppo dei feti, credo che fosse accidentale, di fresca data e devoluta all'incetta d'acqua che vi fu allo scopo di arricchirne il sacco dell'altro gemello, e poichè già più d'una volta mi occorse di verificare l'oligoidramnios in grado pressochè assoluto, allorchè provocai il parto in donne la cui gravidanza decorreva nel nono mese circa, e che soffrivano di malattie febbrili, parmi, che tale idea non sia del tutto falsa e che quindi si debba fare una profonda distinzione fra casi consimili e quelli recentemente ricordati ed illustrati dal Truzzi (1), e che in quello in questione non si debba vedere una categorica smentita alla teoria di Mantel.

Resterebbe ancora fra le altre cose degne d'essere rimarcate la notevole ectasia degli ureteri, dei bacinetti e dei calici. Già osservai come sarebbe impossibile l'ammettere che essa fosse stata la causa dell'alterazione renale; ma tuttavia quella avrebbe potuto ingenerarsi più tardi e lentamente, o per contro prodursi rapida negli ultimi giorni della gravidanza sotto l'influenza dell'aumento sì grande dell'utero. Se da una parte il grado elevato della dilatazione, non tanto degli ureteri, quanto delle pelvi renali, farebbe inclinare alla prima opinione, dall'altra la mancanza di alterazioni flogistiche, dei bacinetti e dei calici potrebbero far pensare alla seconda ipotesi. Nè la diminuzione delle orine, nè l'aumento degli edemi agli arti inferiori ed il ritorno di quelli ai genitali, verificatisi in ultimo, ponno essere ascritti a manifestazioni di recrudescenza della nefrite: la prima va messa in conto della formazione della raccolta amniotica e di quella orinosa negli ureteri, i secondi a fatti di compressione, a fatti meccanici da parte dell'utero, ai quali pure credo debbansi riferire le già descritte ectasie. E la quantità dell'albumina, che aumentò negli ultimi dieci giorni della gestazione, potrebbe essere spiegata in modi diversi; chè meriterebbe di essere tenuta in conto an-

---

(1) Truzzi. « Dell' oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto. » 1889.

che la maggior concentrazione degli elementi contenuti nell' orina per il scemare della sua copia in ragione del prosciugamento già sopra detto che doveva occorrere nell'organismo materno, il quale al contrario per ragioni puramente meccaniche si fece idropico negli arti inferiori. Ma certo è che la stasi renale deve essere a maggior titolo incolpata, in quantochè esistette un duplice ordine di fatti capaci di provocare e di anmentare un' albuminuria, e cioè una causa indiretta risiedente nell' accresciuta pressione endò-addominale per il rapido incremento di sviluppo dell'utero, ed una seconda diretta, per l'ostacolo che il ristagno negli ureteri, pelvi e calici renali doveva opporre al circolo sanguigno ed alla stessa secrezione urinosa.

Stadfeldt forse 30 anni or sono segnalò la frequenza colla quale si riscontra nelle partorienti la dilatazione degli ureteri e specialmente di quello di destra. Lohlein su 32 auptosie di donne morte per eclampsia trovò 8 volte importanti alterazioni negli ureteri, le quali ordinariamente consistevano in una dilatazione molto forte al disopra del piccolo bacino, e l'Halbertsma (1) che anche nei congressi di Copenaghen e di Londra sostenne tale ectasia d'origine puramente meccanica essere causa dell'albuminuria e dell' eclampsia, fece notare che deve essere difficile il poter riscontrare alterazioni negli ureteri nel caso che le donne siano morte un certo tempo dopo il parto, ed in osservazione propria trovò ispessimento e catarro di detti canali. Müller (2) scrive che la piclite è rara nella gravidanza, ricorda come Kaltenbach accetti una piclite puerperale idiopatica, devoluta alla compressione dell'uretere da parte dell'utero, che passa per lo più a guarigione, ed ammette che l'idronefrosi occorre non raramente in causa di differenti stati patologici dei genitali, ma non crede che la sua influenza sulla gravidanza e viceversa si presti a particolari considerazioni, e chiude il paragrafo delle malattie dei bacinetti e degli ureteri col dire che questi ammalano non raramente come conseguenza di processi generativi... ma che per altro l'esperienza le dimostra quasi esclusivamente di natura secondaria, e cioè trapiantate dai reni ovvero dalla vescica.

---

(1) *Arch. de tocologie,* 1884, p. 876. Congrès de Copenhague e HALBERSTMA. « Sur l'albuminurie des femmes encientes. » Raccolta confer. VOLKMANN, N. 219. « Sull'eziologia dell'eclampsia puerperale. »

(2) MÜLLER. « Handbuch des Geburstlhülfe. » T. II, pag. 921.

Questi dati permettono di concludere che l'uretere presenta poca resistenza alla forza che agisce nel senso di renderlo ectasico, ma che viceversa ha il potere di ritrarsi abbastanza prontamente, ed il profluvio urinoso notato poche ore dopo il parto dimostra ad evidenza che la dilatazione delle più alte vie escretisie doveva essere incomparabilmente maggiore, che può conservarsi perfettamente sano, assieme al bacinetto il quale alla sua volta viene ad essere sfiancato, ma che spesso al contrario esso uretere ammala per effetto del ristagno delle orine; ond'è che, siccome nel caso in questione esistè negli ultimi tempi un movimento eziologico oltremodo spiccato e di grado elevatissimo, così devesi ritenere che tale fatto interessante si fosse qui prodotto in modo recente.

La compressione degli ureteri può aver luogo in due punti che devono essere tenuti ben distinti, poichè altre sono le cause ed i momenti per le quali e per i quali l'influenza meccanica si esercita, e cioè può prodursi al di sopra e al di sotto dello stretto superiore.

Di questa seconda sede dell'ostacolo al deflusso, che è specialmente legata al travaglio ed in rapporto alla situazione del feto e sue singole presentazioni, non è qui il caso di farne parola, poichè l'uretra e la vescica e le stesse porzioni inferiori degli ureteri erano sane, ed inoltre l'escavazione pelvica era stata sempre vuota, ond'è che le difficoltà allo scolo dell'orina dovettero quindi necessariamente aver avuto sede almeno all'altezza dello stretto superiore. Niun'altra spiegazione è possibile tanto più che la dilatazione non interessava l'estrema porzione di tali canali.

L'importanza che il promontorio può spiegare nel proteggere i dotti in questione mostrasi quindi di un valore relativo, ed in questo caso fu completamente smentita, certo in causa della rapidamente ampia espansione della matrice; per cui se come già vedemmo l'idramnios acuto può teoricamente ritenersi causa d'albuminuria in ragione del rapido aumento della pressione endoaddominale, ora dobbiamo aggiungere che l'idrope acuto dell'uovo è atto a produrre direttamente ostacolo al passaggio dell'orina per l'uretere ed a dare luogo per questo meccanismo alla comparsa dell'albuminuria.

La morte improvvisa della puerpera è un tema che fu oggetto a molti lavori clinici che ne additarono quali cause, lesioni svariate per sede e per qualità, ma che non valsero a togliere l'oscurità dalla quale alcuni casi sono circondati. Non starò pertanto a ricordare tutti gli accidenti che furono segnalati come imputabili del sinistro, ma accennerò

solo a quelli che potevano essere sospettati nel nostro caso, in cui la donna soccombette di morte improvvisa nello stretto senso della parola, poichè cadde fulminata senza emettere un grido, senza fare un gesto. Questa circostanza già a priori ci portava ad escludere talune delle cause più note e forse più frequenti, le quali nel loro modo d'azione producono dei sintomi o meglio un quadro sintomatologico ben definito e però non sembravano ammissibili, nè l'entrata d'aria nelle vene uterine, nè l'occlusione dell' arteria polmonare. Inoltre da 24 ore non erasi fatta irrigazione vaginale od endouterina, e neppure erasi praticato il riscontro digitale, onde sembrava altresì strano che una grossa quantità d' aria fosse rimasta così a lungo nel canale genitale per essere poi assorbita ad un dato momento senza che nulla ne spiegasse il repentino assorbimento; ed il valore attribuito all'inserzione viziosa della placenta quale circostanza predisponente del mortale accidente veniva pure a scapitarne. L'occlusione della polmonare, la quale uccide, secondo Virchow, per sincope da arresto della contrazione cardiaca, secondo Panum per anemia cerebrale, secondo Bertin, semplicemente per asfissia ed infine per Paget per effetto e della sincope e dell'anemia, sia dovuta a trombosi primitiva o secondaria ad embolismo, offre come già dissi una sintomatologia che nella R. era mancata completamente.

Non si poteva menomamente pensare a lesioni dell'apparecchio respiratorio, come del pari non essendosi sospettato l'esistenza di endocardite non riusciva facile l' accogliere senz'altro l' embolia della coronaria del cuore (Zweifel); e neppure la rottura del cuore (Heinricius) o della milza (Simpson) avevano maggiori probabilità, onde pur pensando ad alterazioni dei centri nervoso e circolatorio, ammissibilissimi ma senza criteri speciali e perciò impossibili a diagnosticarsi, si andò alla tavola anatomica con viva curiosità. E la necroscopia, sebbene accuratissima, non diede alcun schiarimento: non emorragia cerebrale od embolismo dei principali tronchi delle arterie dell'encefalo, cuore con modico grado di flaccidità e di adiposi, utero sano, e neppure le condizioni renali diedero luce. Insomma nè l'anatomia patologica, nè la clinica valsero a spiegare la morte istantanea per cui questo resta altro dei casi in cui, come ben dice l'Auvard (1) « on se range, comme pis-aller, au diagnostic syncope »

(1) Auvard. « Travaux d'obstétrique. » T. III, pag. 339.

avvegnachè sincope non sia una causa ma bensì il risultato di condizioni o fatti diversi, talora facili a riconoscersi e talora invece punto apprezzabili.

Parmi che, l'idremia, lo stato del cuore, ecc., presi assieme e cioè, che il complesso meglio che non alcuna delle singole lesioni avranno stabilito un equilibrio vitale facile a rovesciarsi e che fu scosso forse solo dal parziale difetto di contributo di uno degli elementi funzionali indispensabili alla vita.

Osservazione III.

Idramnios acuto. Gravidanza gemellare (uniovulare). Pervertimento delle contrazioni. Autopsia dei feti.

N. R. 7. Entrata al 9, partita al 28 luglio 1890.

C. Erminia, d'anni 37. Dieci parti pregressi a termine, naturali, seguiti da puerperio normale, ultima mestruazione l'8 febbraio. Nei primordi della gravidanza ebbe vomito ma di poi tutto procedette in modo regolare fino a 13 giorni or sono, chè allora iniziarono dolori addominali vivi, a guisa di fascia, insorse febbre ed il ventre prese ad aumentare rapidamente in volume. Aggiungi anche vomiturazioni, e scarsità delle orine con invito frequente al mingere.

Donna robusta, ben nutrita, senza edemi, apiretica, che non ha appettito, ma che soffre di sete intensa, e le di cui orine scarse assai non offrono traccia d'albumina. Il ventre enormemente espanso, è teso, e squisitamente fluttuante; negative la palpazione e l'ascoltazione. Circonferenza al bellico cent. 115, dal pube allo sterno 49 cent., dal pube al bellico 35 cent. Congestione della mucosa vulvo vaginale, vagina allungata, collo rammollato nella metà inferiore, stirato in alto ed all'indietro, di lunghezza normale ed a canale permeabile al dito che arriva su d'un sacco teso ma non tocca alcuna parte fetale, segmento inferiore spesso. La paziente che non avvertì mai i moti attivi è tranquilla e non accusa sofferenze e non avverte contrazioni, onde posta la diagnosi: Gravidanza al 5.° mese complicata da idramnios acuto, si rimanda al giorno seguente ogni idea di intervento. Il domani insorgono spontanei i dolori che validi fin da principio prendono rapidamente un carattere spasmodico ed in breve conducono ad un vero tetanismo, poichè riscontro che l'utero perfettamente delimitabile si è per così dire raccolto in sè stesso, raddrizzato, che è permanentemente contratto e duro, e che attraverso alle

pareti addominali si palpano in modo evidentissimo due cordoni grossi, tesi, dolenti che dai lati del fondo uterino scendono sino alla cintura pelvica. Tale fatto predomina a destra e la donna assai agitata si lamenta moltissimo.

Riconosciuto che sebbene il collo conservi ancora discreta lunghezza pure il canale cervicale è comodamente permeabile a due dita, rompo le membrane ottenendo più che sei litri di acque ed un'ora dopo l'espulsione di un primo feto il cui cuore pulsa lievemente. Un secondo feto morto, provvisto di scarsissimo liquido amniotico tien dietro al primo ad un quarto d'ora di distanza e ad eguale intervallo un'emorragia che minaccia già nel suo insorgere di essere imponente, mi obbliga a praticare il secondamento artificiale. L'irrigazione endouterina calda, l'ergotina, ed il massaggio esterno completano il trattamento della perdita che cedette rapidamente e non recò certo gran danno alla paziente poichè questa lasciava il Comparto in XVIII.ª giornata essendo in ottime condizioni.

Praticai a poche ore dal parto l' autopsia dei feti e ne conservai i cuori ed i reni, ma sbadatamente i fegati furono gettati; la placenta iniettai dopo alcuni mesi di conservazione nell'alcool e però il ritratto dà un'idea solo sbiadita della ricchezza e del valore di quelle delle anastomosi esistenti fra i ceppi dei cordoni.

Feti di sesso mascolino: il 1.º del peso di 650 gr. presenta lieve edema del cellulare sottocutaneo, scarsa raccolta pleurica e pericardica ed idrope ascite di modico grado essendo i liquidi di color citrino. Vescica dilatata e ripiena d'orina, ureteri dilatati a decorso serpentino, bacinetti pure ectasici, uretra pervia. Fegato di consistenza un po' aumentata, più voluminoso di quello del 2.º feto, e d'apparenza delle sezioni normali. Cuore del peso di gr. 8.50 a pareti d'uguale spessore, reni pesanti circa 3 gr. ciascuno.

Il 2.º gemello di gr. 625 offre sfaldature dell'epidermide e qua e là colorazione rosso vinosa dei tegumenti. Edema lieve della cute, qualche goccia di liquido tinto in sanguigno nella cavità addominale, colorazione sanguigna scura dei visceri. Cuore piccolo, ritratto, di color bruno, duro, del peso gr. 2.64, fegato pure infiltrato in sanguigno rimpicciolito in confronto di quello dell'altro gemello. Reni coi caratteri già attribuiti al cuore, quello di destra di gr. 1.45, quello sinistro di gr. 1.50. Vescica vuota, ureteri piccoli.

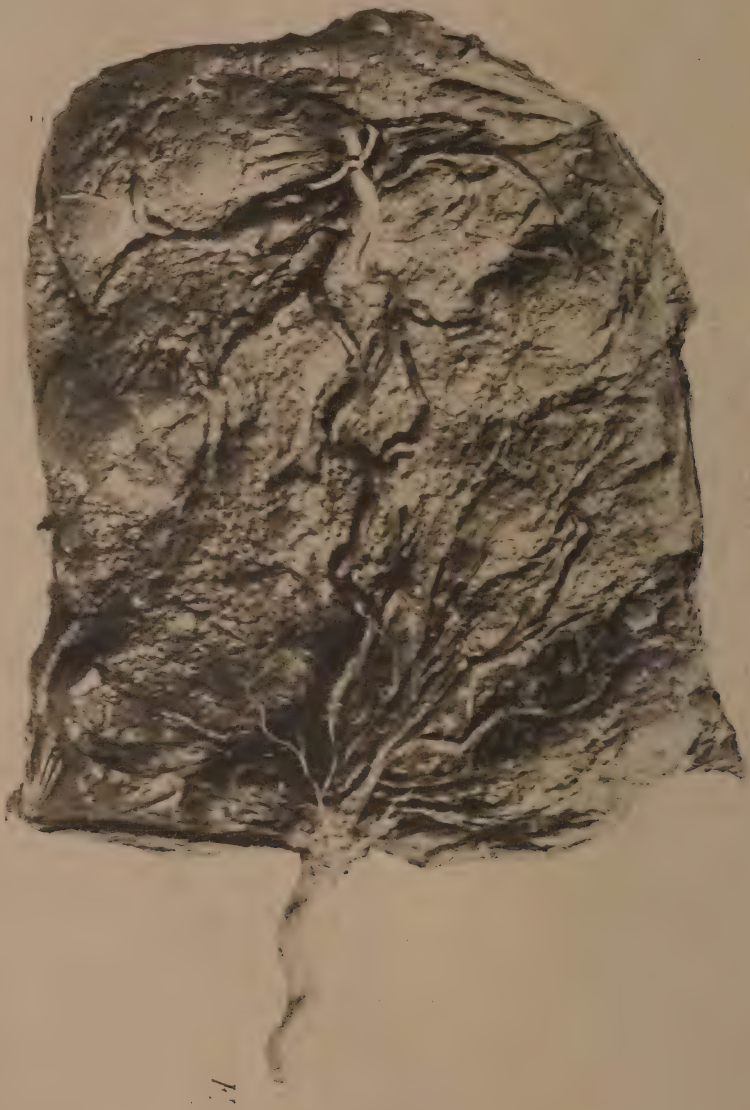
In ambo i cuori persistenza del foro di Bottallo.

Placenta unica coi diametri, massimo di cent. 24 e traverso di centimetri 17, costituita dalla fusione di due placente, divisa in modo assai disuguale nella superfice fetale, poichè il sacco minore occupa solo 8 cent. nel senso longitudinale. I cordoni distano 14 cm., e quello del sacco idropico, ha inserzione margino-velamentosa, è lunga 34 cent.,

mentre l'altro è lungo un centimetro di meno. Il setto dei due sacchi formato dall'addossamento degli amnios svolgibili facilmente non porta vasi, ma al disotto della superfice amniotica esiste una evidentissima e molteplice comunicazione indiretta e diretta fra i ceppi dei cordoni, formata quest'ultima, da una vena e da un'arteria che da poco sopra le radici di un funicolo si portano in linea retta al punto corrispondente dell'altro cordone. L'arteria sul pezzo fresco offriva calibro maggiore della radiale, e la vena era assai più voluminosa.

Il travaglio del parto, nei casi di idramnios, assume generalmente e sopratutto se la quantità del liquido è considerevole un decorso speciale sul quale Mac Clintok ha insistito e che le ulteriori osservazioni hanno confermato: « al principio le contrazioni uterine sono irregolari e talora assai deboli, le cose tirano in lungo, compare l'inerzia ed i dolori pare che si ridestino solo dopo la rottura delle membrane e lo scolo di una certa quantità di liquido. » Tali fatti stabili per la forma lenta si adattano perfettamente a quella ad evoluzione rapida, nella quale anzi, frequenti volte pare che l'utero abbia perduto il potere di ribellarsi alle forze che vieppiù lo distendono, chè nella massima parte dei casi raccolti, la tendenza al travaglio o non apparve malgrado l'enorme distensione oppure fu assai debole, e solo in quello riferito da Grenser (1) ed in questa mia osservazione occorse il contrario, il tetanismo. La ragione della rarità di questo pervertimento delle forze uterine, appare evidente qualora si consideri che le cause da cui trae origine devono agire su d'un viscere quasi necessariamente inerte e quando si considerino gli elementi capaci di produrlo. E per vero, a tale intento concorrono fatti che tendono ad invertire od a scemare lo squilibrio fisiologico che esiste fra potenza dell'utero e resistenze opposte dalla madre e dal feto, o che eccitano in modo disordinato e tumultuario il potere contrattile della matrice, ed anche concorre l'esagerazione dell'eccitabilità uterina per via riflessa da eccitazione dei nervi sensitivi (Bumm). Assieme all'amministrazione della segale cornuta, all'eccitazione meccanica dell'utero e della sua cervice, alla rottura precoce delle membrane, alla durata del travaglio troviamo indicate le viziature pelviche, le presentazioni viziose, le cattive

(1) Loco citato. Vedi tavole.



SPECIAL COLLECTIONS
-7 JUL 91
LIBRARY

conformazioni del feto, le esagerate resistenze del collo, ecc., quali circostanze produttrici del detto pervertimento che apparisce per lo più verso la fine del periodo dilatante ed è raggiunto per gradi: ma nel nostro caso la donna era ben conformata, il sacco integro, i feti avevano dimensioni piccole e non erano impegnati, ed il travaglio era da poco iniziato. Poichè la parola resistenza porta necessariamente a pensare alla forza cui si oppone e cioè a stabilire un confronto fra le due potenze, ci resta a pensare a che, o il collo costituisse un ostacolo grave, relativamente all'effetto utile delle contrazioni, oppure che la matrice fosse eccessivamente eccitabile, si trovasse in uno stato di debolezza irritabile da cui il disordine primitivo nell'intensità e direzione delle sue forze. Allorchè iniziò la raccolta idropica, la gravidanza trovavasi ad un' età, nella quale il corpo uterino ha già grandemente e quasi completamente subìto il fisiologico processo d'ipertrofia e d'iperplasia, ma per il segmento inferiore era appena cominciata quella serie di trasformazioni grazie alle quali la cavità uterina si sviluppa negli ultimi mesi. E la rapida distensione dell'uovo, trasmessa alla matrice, doveva perciò farsi sentire alle parti che con esso lui avevano il massimo contatto e che erano più elastiche, più cedevoli, e quindi sul corpo uterino propriamente detto, mentre lo stiramento sulle parti sottostanti doveva effettuarsi in modo prevalentemente indiretto, mediato che non per azione immediata dell' uovo col quale piccolo era il contatto. Ed in vero le sezioni inferiori dell'utero ancora rigide e poco preparate in confronto alle parti alte mal potevano prestarsi d'improvviso ed in misura elevata a quell' ufficio che normalmente compiono per grado ed in virtù di trasformazioni lente e progressive. E che così fosse avvenuto parmi lo dimostrasse lo spessore del segmento inferiore, ond'è che non riesce inammissibile che la diminuzione nella spessezza delle pareti del corpo ed il conseguente scapito nella potenza di esso si trovassero in un rapporto anormale colle condizioni indicate delle altre parti del viscere. Però se l'opposizione alle contrazioni della matrice stremata di forze, dà ragione della lentezza del travaglio nel suo primo periodo, propria ai casi di idramnios, non si adatta altrettanto bene a spiegare da sola l' insorgenza del tetanismo, il quale può verificarsi solo quando le fibre uterine siano capaci di una grande energia. Nel nostro caso le dimensioni dell'utero non erano mostruose e quindi la musculatura, benchè assai stirata, poteva forse ancora entrare

in lotta contro le resistenze presentate dal collo con un vigore più grande in causa del fatto che entro certi limiti la tensione della fibra muscolare accresce la facilità alla contrazione e l'altezza di questa.

Ma se il pervertimento dei dolori fosse stato devoluto a tale causa meccanica, si sarebbe prodotto per grado e lentamente, e forse al contrario si sarebbe più facilmente potuto avere il fatto opposto della pronta inerzia. I dolori già al principio si presentarono vivi, intensi come certo non era da aspettarsi e poichè in effetto l'opposizione alla dilatazione non era per nulla straordinaria, eccezionale, la lotta avrebbe avuto buon esito per il normale procedere delle cose. Perchè invece le contrazioni si pervertirono? È legge che diversi organismi ed organi differenti rispondano inegualmente allo stesso stimolo e nello stesso modo che l'abuso delle esplorazioni e le frizioni esagerate del tessuto uterino ed altre eccitazioni della matrice, e specie del suo collo sono ritenuti altrettanti momenti causali della spasmodia, dei dolori, che talvolta per mancanza di fattori apprezzabili si attribuisce allo stato di soverchia energia o di debolezza eccessiva della donna, non credo si possa qui rifiutare del tutto il concetto di *una peculiare irritabilità*, e dell'*auto-eccitazione* del viscere che abbia avuto origine dalla già detta condizione delle sue regioni più basse.

La donna era pluripara, non infiltrata, non pingue, e quindi le pareti addominali assottigliate permisero di accertare nettamente il ricordato modo di presentarsi dei legamenti rotondi al momento nel quale l'arte intervenne e poichè quello di destra era più appariscente, più teso e più in avanti di quello dell'altro lato, così la normale rotazione verso destra non esisteva più. Schatz (1) fece rimarcare, come appunto nell'idramnios i legamenti rotondi fossero facilmente riconoscibili e ben identificabili per il loro caratteristico decorso nel canale inguinale; e che ciò avvenga riesce ovvio il comprendere quando si pensi che il fondo uterino deve in questi casi elevarsi ben più che di norma. Ma come già dissi, qui il fenomeno si presentò solo col travaglio, onde, tale stato di cose che non preesisteva ad esso devesi escludere che fosse dovuto all'elevarsi del

---

(1) SCHATZ. « Eine besondere Art von ciseitiger Polydramnie etc. » *Archives fur Gynaekologie*, Bd. XIX.

fondo uterino in modo tanto rapido da non concedere ai legamenti il tempo d'allungarsi a sufficienza, od alla loro brevità relativa, giacchè la donna aveva condotto felicemente a termine nove gravidanze. L'aumento che secondo Schroeder si verificherebbe nel diametro longitudinale dell'utero durante la contrazione, potrebbe teoricamente produrre uno stiramento dei cordoni, ma d'altra parte l'allungamento della matrice si manifesta sopratutto ad acque colate. È noto che nel periodo di imminenza della rottura dell'utero, ha somma importanza diagnostica lo stato dei legamenti in questione, ma in tali casi il sintomo si verifica per effetto del risalire di tutto il corpo uterino al disopra della presentazione, da che consegue assottigliamento grandissimo del segmento inferiore, mentre nella Colombo tale meccanismo illustrato dal Bandl non poteva essere invocato. Per cui tenuto conto che le gestazioni pregresse dovevano aver fatto perdere al viscere della sua tonicità e che il suo sviluppo trasversale era considerevole, e che sotto l'influenza delle contrazioni esso utero si era raccolto in sè stesso, raddrizzato, si potrebbe arguire che l'allungamento del diametro longitudinale sia stato la causa del sintomo notato cho persistette anche dopo la rottura del sacco appunto perchè è in tali condizioni che si manifesta sopratutto la modificazione del diametro indicato. Ma questa spiegazione non parmi esatta od almeno sufficiente. Nell'intervallo fra parto e secondamento la mano la quale esercita un dolce massaggio sul corpo uterino, riconosce evidentissimi i legamenti rotondi, che appaiono tesi, e da ciò si deve inferire che anche i detti legamenti compartecipano della retrazione che l'utero subisce in seguito all'espulsione del feto; e se così è, perchè mai essi legamenti, i quali contengono fibre uterine e non di un solo strato muscolare, non potranno risentire di quelle eccitazioni che colpiscono la matrice ed avere forte al pari di questa non solo il potere della retrattibilità, ma anche quello della contrattibilità? Il rapporto quantitativo delle fibre muscolari esigerebbe che la contrazione dei cordoni rotondi fosse di lieve grado, a cose normali, ma tuttavia non osterebbe a ritenere che essi in seguito a stati di forte eccitamento dell'utero, dimostrassero appariscente tale loro proprietà. A lato quindi della tensione meccanica devoluta all'innalzarsi del fondo uterino, amerei qui considerare la tensione spastica la quale non saprei dire se sia mai stata presa in considerazione, ma che non parmi almeno teoricamente del tutto rifiutabile.

Solo pochissimi casi d'idramnios acuto sono corredati dall'autopsia dei feti e poichè questa osservazione appartiene altresì alla categoria di quelle note sotto il nome di « gemelli uniovolari » e la placenta colle sue anastomosi multiple e dirette costituisce un'esemplare assai interessante, mi riesce impossibile il dispensarmi dal fare almeno un breve cenno delle questioni eziologiche di un fatto tanto interessante, raro ed estremamente scabroso.

(*Continua*).

TRADUZIONI

Terrillon. — Sarcomi dell'utero.

Lezione Clinica.

Coloro che fra di voi, o signori, frequentano le sale ginecologiche devono essere stati colpiti dalla rarità di alcuni tumori uterini in confronto alla frequenza degli epiteliomi e fibromi di questo viscere. Noi abbiamo ora in uno dei nostri letti uno di tali rari tumori: un sarcoma dell'utero. Io ho già discusso questo diagnostico dinanzi a voi, al letto dell'inferma ed oggi vi darò un'idea complessiva di questa forma morbosa.

Il sarcoma uterino può presentarsi sotto due aspetti a seconda che si sviluppa a spese della mucosa o che affetta il parenchima stesso dell'utero d'onde le due grandi varietà: il sarcoma della mucosa, il sarcoma del parenchima.

Il sarcoma della mucosa presenta poi dal punto di vista anatomo-patologico due forme: la forma vegetante e la forma ulcerosa.

Nella prima la mucosa invasa si ipertrofizza e forma una serie di rilevatezze più o meno voluminose che sporgono nella cavità uterina e la cui esistenza può spiegare qualche particolarità clinica.

Vi citerò come esempio il caso di una malata che operai nell'88 e nella quale trovai i segni seguenti: la cavità uterina era enorme e conteneva tre litri di sangue; la mucosa molto ispessita era coperta di piccole rilevatezze villose, per la maggior parte sessili, altre peduncolate; una di queste ultime avea sede presso l'orificio del collo, ed essendo abbastanza voluminosa l'otturava; era a questa che andava dovuta la ritenzione di sangue accennata. Un ultimo segno da aggiungersi è che la porzione dello strato muscolare prossima alla mucosa è sempre più o meno ipertrofica. Tale la prima forma, d'altronde abbastanza frequente, di sarcoma della mucosa.

La seconda, la forma ulcerosa, differisce dalla precedente in ciò, che le rilevatezze sono sostituite da ulcerazioni, alla cui presenza è legato il fatto clinico caratteristico di questa varietà, e cioè, una perdita continua e abbondante di liquido sieroso leggermente tinto e contenente prodotti caseosi.

Io operai nell'87 una malata che perdeva quasi un litro al giorno di un liquido di tal natura; all'esame dell'utero trovai una mucosa sarcomatosa e coperta di ulcerazioni.

Un fatto importante domina la storia di queste due forme di sarcoma, la sola mucosa del corpo uterino è colpita, quella del collo resta intatta. Noi vedremo presto qual partito si può tirare sotto il punto di vista dell'intervento chirurgico da una tale particolarità.

Passo alla seconda varietà di sarcoma uterino, alla varietà parenchimatosa; qui il neoplasma si sviluppa nel tessuto muscolare. Noi possiamo ancora distinguere due forme di questa lesione: nella prima il sarcoma invade l'insieme del tessuto muscolare uterino; è la forma diffusa, di cui io non vi parlerò, essendo assai rara: io non ne ho trovato che un caso nella letteratura medica e ne aggiungo un secondo personale.

La seconda forma è il sarcoma localizzato che troverete quasi sempre. In questi casi il tumore si annicchia in uno o più punti dell'utero, si sviluppa ordinariamente con molta rapidità e si svolge quasi sempre verso la cavità peritoneale. Impiantato nella maggioranza dei casi sull'utero per una larga base trovasi talvolta più o meno peduncolato. Io ho operati cinque casi di quest'ultimo tipo.

Il sarcoma uterino come tutti i tumori maligni offre uno sviluppo estremamente rapido e voi lo vedrete in qualche mese acquistare dimensioni considerevoli. Noi abbiamo operato in sala l'aprile passato un caso che sotto questo rapporto m'ha colpito in modo particolare.

Si tratta d'una donna di 50 anni che in ottobre era venuta a consultarmi per un tumore addominale, che datava da 7-8 mesi e già molto voluminoso. Dopo un esame accurato, conclusi per un sarcoma e proposi l'operazione. Ma la donna ancora assai vigorosa, con le apparenze di buona salute e che insomma non soffriva molto del suo tumore, si rifiutò a ogni intervento chirurgico. Cinque mesi dopo tornò in sala: ma come mutata! Debole, dimagrata, mangiando appena, cachettica, veniva ora a reclamare a ogni costo un'operazione che io osai appena tentare. Pure operai e trovai un tumore enorme, irregolare, che riempiva tutta la cavità addominale; esso s'era infiltrato fra i due foglietti del mesentere e si trovava coperto dall'intestino. Capirete quindi che fui costretto a manovre molto difficili e solo dopo due ore di lavoro riuscii a estrarre un tumore pesante 17 Kg. Era un sarcoma sviluppato nel fondo dell'utero.

Ecco un evidente esempio di tumore sarcomatoso che raggiunse proporzioni colossali in pochi mesi.

L'evoluzione dei sarcomi uterini presenta un'altra particolarità che deve attirare la vostra attenzione, cioè la frequenza di degenerazione di tali tumori e specie la degenerazione cistica. Di più, come la periferia di queste tasche è solcata da vasi di nuova formazione, a pareti fragili, il contenuto della cisti è quasi sempre sanguigno.

Per una singolare coincidenza io ho appena veduto uno dopo l'altro due simili casi.

In uno, una giovane donna straniera mi venne a consultare per un tumore fluttuante dell'addome. Parecchi medici che l'avevano visitata avevano portata la diagnosi di cisti ovarica: io pensai a un sarcoma dell'utero che avesse subìta la degenerazione cistica. E infatti all'operazione trovai un tumore sarcomatoso con una cisti ematica contenente 5 litri di liquido. Stamane stesso fui chiamato presso una malata sofferente da 15 mesi d'una cisti a evoluzione rapida, giacchè attualmente la circonferenza dell'addome tocca 1 m. 50 cm. Affine di rischiarare il diagnostico un po' incerto feci una puntura, aspirando una certa quantità di liquido ematico.

Questi esempi dimostrano quale attenzione si debba rivolgere in clinica a l'esame di tali degenerazioni cistiche che implicano così di sovente un errore di diagnosi. Il sarcoma uterino può ancora subire due altre varietà di degenerazione le quali però sono ben più rare della cistica. Sono la degenerazione mixoide e la caseosa.

Nella prima il tessuto degenerato presenta l'aspetto e la consistenza della gelatina; la mano che palpa o percuote riceve una sensazione quasi di fluttuazione onde nuova causa d'errore per la diagnosi. La seconda consiste in una trasformazione del sarcoma in una sostanza biancastra, molle, simile al formaggio. Spesso in questa varietà il tumore si accompagna ad ascite.

Sotto il punto di vista clinico noi riterremo sopra tutto questo fatto, che vi sono cioè dei sarcomi endo uterini, non interessanti che la mucosa del corpo e dei sarcomi sotto peritoneali più o meno peduncolati; che i primi possono complicarsi ad ematometra e i secondi subire la degenerazione cistica.

Noi non conosciamo che assai poco sulle cause di questi neoplasmi, ma vi sono due punti bene specializzati della loro storia eziologica; essi non si trovano salvo rare eccezioni, prima dei 30 anni e dopo i 50. Per conto mio tutte le malate che vidi erano in questi limiti. Ecco un fatto che dovrebbe colpirci, specie pensando che l'età media preferita dai tumori maligni è sui 50 anni. D'altra parte si notò che la gran maggioranza delle donne affette da sarcoma uterino erano nullipare. La parte della storia del sarcoma uterino veramente interessante per il clinico è lo studio dei suoi sintomi e dei caratteri che permettono di differenziarlo dagli altri tumori di questo viscere.

I sintomi sono speciali a ciascuna delle varietà. Quelli che caratterizzano il sarcoma endo uterino o sarcoma della mucosa sono due principalmente: l'emorragia e l'idrorrea. La metrorragia è un sintomo comune che si trova in quasi tutte le affezioni dell'utero o dei suoi annessi, ma nel sarcoma presenta un carattere speciale, la continuità. L'idrorrea consiste in uno scolo sieroso, notevole per la sua abbondanza; una delle mie malate ne perdeva quasi un litro al giorno.

In questa sierosità si trovano spesso dei frustoli giallastri, sarcomatosi. Se praticate l'isterometria in queste malate, troverete sempre un ingrandimento della cavità uterina che può andare fino a 15, 16, 18 cm.

Notate infine che contrariamente a quanto si potrebbe credere, le malate di questa categoria soffrono pochissimo.

Quanto allo stato generale è quello dei tumori maligni; pure le forze e le apparenze di buona salute si mantengono forse più a lungo che nel cancro, e non è di solito che a un'epoca assai avanzata dello sviluppo del tumore che compaiono il dimagramento e la cachessia.

Esaminiamo ora i caratteri principali della varietà parenchimatosa; io vi ricordo che si tratta qui di un tumore che procede verso la cavità peritoneale e che presenterà quindi i sintomi obbiettivi comuni a tutti i tumori addominali. Non dimenticate ancora ciò che dicemmo della degenerazione cistica dei sarcomi e vi spiegherete la fluttuazione che potrete rilevare.

Contrariamente a ciò che avviene nella varietà precedente il sarcoma parenchimatoso dà dei dolori; ma ciò che lo caratterizza sopra tutto sono i fenomeni di compressione o piuttosto la rapidità con cui essi si mostrano. Ebbi ultimamente a curare un caso, che sotto questo rapporto è tipico: ve lo riassumo in poche parole:

Trattasi d'una signora di 40 anni, che, assolutamente ben portante, era andata a passar l'inverno a Nizza. Forse essa avea già accusato qualche vago dolore all'addome accompagnato da leggieri disturbi di mestruazione. La malata non vi prestò alcuna attenzione, quando essa è presa un giorno d'improvviso e senza causa apparente da assoluta ritenzione d'urina. Un sanitario consultato, constata, ricercando la causa dell'accidente, la presenza d'un utero voluminoso con un tumore che facea corpo con esso. Quindici giorni dopo la malata di ritorno da Parigi viene a trovarmi. Io trovo un sarcoma che dai dati raccolti pare aver raddoppiato di volume nel breve spazio di tempo. Di più, non c'era solo compressione vescicale ma ritenzione completa delle materie fecali, e fu tra i fenomeni di strangolamento che dovetti fare un'operazione d'urgenza.

Non vi dirò che poco sul decorso ed esito del sarcoma uterino. Noi vedemmo la rapidità del suo sviluppo, specie nelle giovani donne: l'esito fatale che è la regola, non si fa molto aspettare al di là di due anni; è cioè una delle affezioni più maligne.

Questa osservazione si riferisce sopratutto al sarcoma del fondo uterino, che uccide le malate in capo a un anno o anche meno. La varietà che colpisce la mucosa è un po' più lenta nel suo sviluppo e lascia ordinariamente una vita di oltre due anni. Questi tumori si diffondono, non per i linfatici ma per le vene; è un'eccezione che siano affetti i gangli, e si osservano per contro frequenti diffusioni al peritoneo, al rachide, ai polmoni, ecc. Infine le recidive sono quasi

costanti e giungono rapidamente. In una delle mie malate il beneficio dell'operazione non passò sei mesi, essa morì di recidiva al polmone. In un altro caso feci in donna di 44 anni l'ablazione di tutto il corpo uterino; dopo quattro mesi trovai una recidiva sul moncone uterino.

Insomma l'operazione dà alla malata piuttosto un sollievo che un prolungamento di vita, giacchè v'hanno pochi esempii in cui le operate abbiano sopravissuto due anni. Bisogna però fare una eccezione per quella forma istologica di tumore duro, il sarcoma fascicolato degli autori classici. Qui la malata può sopravivere tre anni, e si sarebbero perfino osservati casi senza recidiva. Noi vedremo tosto, sotto un punto di vista generale, quale beneficio può avere la malata da un intervento chirurgico.

La diagnosi dei sarcomi dell' utero è delle più difficili, al punto che si può dire che su 20 malate di questa forma morbosa si commettono 15 errori. Nella forma mucosa, io non saprei raccomandarvi troppo, o signori, di prestare la più grande attenzione all'esame delle emorragie, così caratteristiche per la loro continuità, e a quello dell'idrorrea. Quest' ultimo sintomo si trova è vero, anche nel carcinoma uterino, ma questo errore diagnostico non sarà pregiudizievole all'inferma, giacchè prognosi e cura sono uguali nei due casi. D'altronde, lo scolo idrorreico trascina spesso frustoli sarcomatosi. Abbiate cura di raccoglierli e di farne l'esame microscopico. L'aumento della cavità uterina è ancora un segno di alto valore; non lo si ritrova uguale che nel fibroma, ma la coesistenza dei sintomi suddescritti permetterà di farne la diagnosi: di più nel fibroma, si trova sempre una tumidezza rilevabile. L'esame dello stato generale alterato dà una certezza quasi assoluta; ma pur troppo il dimagrimento e la cachessia sono fenomeni tardivi, che non compaiono se non quando la lesione è già molto avanzata e si accentuano poi con rapidità straordinaria.

Esaminiamo ora la forma parenchimatosa. Qui siamo in presenza di una tumescenza dell' utero, e stabilitane la esistenza, la diagnosi si poserà fra il sarcoma o il fibroma. La soluzione è delle più difficili. Il sarcoma sviluppato nel tessuto uterino offre in fatti la più grande analogia col fibroma sotto il punto di vista semeiologico, tanto più che spesso quest'ultimo si trasforma in sarcoma. Pure vi sono due sintomi fondamentali, caratterizzanti il sarcoma: lo sviluppo rapido del tumore e il dimagrimento. È sulla rapidità di sviluppo che voi stabilirete il vostro diagnostico: la perdita delle forze e il dimagrimento, quando entreranno in scena, verranno a confermare la vostra opinione.

Come riassunto di questa breve rivista, ricorderò sommariamente l'osservazione della malata di cui vi parlai al principio di questa lezione; voi vi riscontrerete i tratti principali che io ho descritti.

Donna di 50 anni, nullipara. Da 18 mesi questa donna, che non era mai stata malata, è, senza causa apprezzabile, colta da dolori al basso ventre. Com-

paiono intanto perdite abbondanti e irregolari. Ma ciò che spicca su tutto è la debolezza progressiva e il dimagrimento; la malata dice infatti di essere diminuita della metà in 8 mesi. Alla palpazione addominale sopra il pube e due dita trasverse al disopra una tumidezza arrotondata del volume del pugno che pare il fondo dell'utero molto ingrossato.

Il riscontro vaginale mi permette di constatare che questo tumore fa corpo con l'utero, cui segue nei suoi movimenti. Non c'è d'altra parte alcun segno di compressione rettale o vescicale, ciò che indicherebbe che il tumore si è sviluppato direttamente in alto. Ciò che mi colpisce in questa osservazione non sono tanto i segni obbiettivi che nulla hanno di particolare, quanto il decorso e lo stato generale, e io credo, dallo sviluppo rapido e dal dimagramento fattosi in pochi mesi considerevole, poter dedurre che si tratti di un sarcoma del fondo uterino.

Innanzi a tali fatti vediamo quale condotta debba seguire il chirurgo. E qui come sopra debbonsi considerare isolatamente le due varietà di sarcoma uterino.

Nel sarcoma della mucosa un'operazione facile e che rende grandi servigi è il raschiamento. Per conto mio posso citarvi tre esempii in cui questa operazione m'ha permesso di prolungare la vita delle mie malate parecchi mesi. Come tecnica operatoria nulla v'è a dire di speciale: usate i procedimenti abituali che in altra lezione vi descrissi, notando però che nel sarcoma della mucosa, la parete è fragile e che occorre agire con prudenza per non perforarla.

Ripeto che il raschiamento dà buoni risultati: fa cessare le emorragie e si vedono perfino le malate riaversi un poco, ma è senza azione su l'idrorrea, che d'ordinario persiste. D'altronde la durata d'azione è limitata, e, dopo un tempo più o meno lungo, si vedono ricomparire le emorragie. A questo nuovo attacco della malattia bisogna opporre lo stesso rimedio e ripetere il raschiamento. Io feci così in una mia malata 5 raschiamenti successivi, e ogni volta ho constatato una sosta nel progresso dell'affezione o almeno un miglioramento transitorio.

Insomma voi potete considerare il raschiamento come un prezioso compenso contro il sarcoma della mucosa. Fu proposto un metodo più radicale: l'ablazione dell'utero: io l'ho fatta 4 volte, di cui tre presentai alla società di ginecologia, con vari risultati. Come principio pare razionale che l'ablazione sia totale; ma voi sapete, signori, che l'isterectomia totale è operazione assai grave, con grave mortalità, e d'altra parte voi pensate che nel sarcoma uterino invadente la mucosa, la pozione cervicale resta intatta e ammetterete di leggieri che l'isterectomia del solo corpo sia preferibile. I fatti confermano questo modo di vedere, giacchè le recidive, che sono fatali, si osservano quasi sempre altrove che non sul moncone uterino lasciato in posto.

Nella seconda varietà di sarcomi uterini, non si può agire altrimenti che con l'isterectomia addominale; ma io vi confesso che i risultati non sono incoraggianti.

Io ho operato così 4 malate. Nella prima (ciò risale al 1886) levai un tumore abbastanza voluminoso e stavo per formare il peduncolo, quando trovai all' indietro un altro tumore situato molto in basso, che mi obbligò a portare il peduncolo molto lontano, sul collo; io lo fissai poi con un ago al di fuori dell' addome. I primi giorni lo stato della paziente fu molto soddisfacente e io contavo su un successo quando il terzo giorno trovai l'operata che moriva di considerevole emorragia, con qualche fenomeno setticemico. Ecco ciò che era accaduto; l'ago era stato posto in un tessuto, che, quantunque all' occhio apparisse sano, era realmente sarcomatoso, friabile. Esso non aveva potuto resistere alla trazione, e si era rotto su l'ago; il laccio elastico costrittore era scivolato e s'era prodotta l'emorragia.

In un altro caso, affondai il peduncolo, e non ebbi accidenti operatorii, ma l' inferma morì di recidiva rapida dopo otto mesi.

Infine in un terzo caso ebbi ancora un insuccesso, la morte essendo sopraggiunta per emorragia: potei fare l' autopsia e trovai il peduncolo tagliato dal laccio elastico penetrato rapidamente in un tessuto che io credevo sano, e che era invece come nell' altro caso, malato e senza resistenza.

Tali risultati incoraggiano poco il chirurgo a fare dei tentativi sui sarcomi parenchimatosi dell' utero. Recidiva rapida, frequenza di accidenti postoperatorii, tale è il destino che, nello stato attuale della scienza, sembra riservato a questo intervento chirurgico. Pure voi non dovete dimenticare che qualche inferma ha sopravissuto e il servizio momentaneo reso in qualche circostanza; in altri termini non abbandonerete completamente il compenso operatorio, ma scegliendo i casi favorevoli, e cioè quelli in cui l'operazione sarà utile, facile e rapida.

(*Progrès médical*, N. 9, 1891).

MARONI.

RASSEGNA

Dott. Paul Segond. — **De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines.** — Communication faite à la Société de chirurgie le 25 février 1891. — *Annales de Gynec. et Obst.*, mars 1891.

Si tratta della operazione proposta da Péan e descritta dallo stesso col nome di *castrazione uterina:* egli crede che in tutti i casi di suppurazione peri-uterina, che sogliono essere classicamente trattati per via laparotomica con ablazione il più possibilmente completa degli annessi, bisogni sostituire all'apertura del ventre la isterectomia vaginale con o senza ablazione degli annessi, a seconda dei casi. Con tal modo di agire, meno grave della castrazione, per via laparotomica, si avrebbero secondo Péan delle guarigioni più complete, minori probabilità di seni fistolosi consecutivi, ed allontanati tutti gli inconvenienti della cicatrice addominale. Malgrado tali affermazioni Péan non ebbe imitatori; Terrillon, Pozzi, esprimono nettamente le loro diffidenze, e l'Autore confessa che egli avrebbe pure pensato ugualmente, se non avesse visto Péan operare e guarire una malata di 35 anni condannata a letto da più mesi da una suppurazione pelvica delle più gravi. L'A. aveva giudicato l'isterectomia vaginale impraticabile, avendola invece vista abilmente praticare da Péan, che esportò l'utero *par morcellement* ne fu impressionato che risolse di provarsi egli pure. Dice che 23 furono le isterectomie da lui praticate e nelle più svariate condizioni, e che se il numero non gli permette ancora delle conclusioni formali, tuttavia crede di dover esporre le proprie impressioni sul metodo terapeutico il cui valore gli sembra incontestabile. Segue la esposizione sommaria delle dette osservazioni e dapprima con qualche dettaglio ci offre la storia delle 4 pazienti che morirono: 4 casi disperati, che sarebbero stati condannati anche senza intervento, ed in tre dei quali la laparotomia sarebbe stata addirittura mortale. Aggiunge che anche nel rimanente dei casi, che passarono a guarigione lo stato delle pazienti era gravissimo; di alcuni di essi dà dei ragguagli minuti.

Venendo a parlare delle indicazioni della isterectomia, dice che sono identiche a quelle della ablazione degli annessi mediante laparotomia, ed aggiunge che

l'isterectomia deve essere unicamente riservata a casi in cui l'ablazione bilaterale degli annessi è pur essa necessaria in un caso qualunque di suppurazione peri-uterina; tutte le volte che la bilateralità delle lesioni suppurative non è evidente bisognerà dare la preferenza alla laparotomia, che permette la conservazione delle funzioni sessuali.

Essendo l'utero più o meno fissato ed elevato per aderenze, non deve essere e non può essere (secondo l'A.) estirpato che mediante il *morcellement* e di conseguenza la forcipressura è la sola emostasi effettuabile. Alcuni strumenti speciali come talune pinze e taluni divaricatori sono indispensabili; la posizione laterale sinistra, e la dorso sacrale saranno scelte a seconda dei casi. Abbassato con una pinza il collo, la mucosa vaginale è incisa come in ogni isterectomia, ed il collo viene liberato per scollamento o per *morcellement*. Indi procede alla liberazione della faccia anteriore e posteriore dell'utero, coi lunghi divaricatori, mantenendosi a ridosso del tessuto uterino; tale scollamento deve essere praticato con delicatezza per evitare le ferite della vescica e del retto. La sezione dei legamenti larghi si fa secondo le regole abituali, cioè prendendo la porzione di legamenti larghi corrispondenti al segmento uterino con una pinza a branche parallele. Facile risulta la sezione dei legamenti larghi e la escisione dell' utero, previa la sua divisione in due valve, il che facilita la mobilità delle parti ed il relativo abbassamento. Le raccolte purulente si aprono mano mano sotto gli occhi dell'operatore. Essendo levato l' utero come si deve regolare riguardo agli annessi? Se durante l' isterectomia vengono aperte le sacche marciose non vi è bisogno di complicare l'intervento con tentativi di ablazione più completa; se per contrario l' ablazione dell'utero si termina senza che il pus sia snidato dalle località più o meno lontane, allora dopo l'ablazione dell'utero bisogna andare alla ricerca dei focolai purulenti e rompere le salienze fluttuanti che si presentano sotto il dito esploratore, che deve essere assai educato a tale manovra. Raccomanda di non insistere nel distacco delle solide aderenze per non provocare eventuali lacerazioni viscerali, di non agire alla cieca e di praticare l'ablazione totale degli annessi, là ove ciò possa farsi agevolmente sotto gli occhi dell'operatore. Colla ablazione totale dell'utero e degli annessi si avrà una guarigione perfetta, altrimenti si avrà creato un ampio drenaggio a tutte le raccolte purulenti che largamente aperte potranno versare il loro contenuto dalla vasta breccia creata dalla isterectomia. L'ultima parte della comunicazione tratta dei vantaggi che la isterectomia sembra offrire sulla ablazione degli annessi per via laparotomica.

L'A. così si riassume: I. l'operazione è meno grave; II. essa dà delle guarigioni più perfette, più durature; III. evita gl'inconvenienti delle cicatrici sovrapubiche; IV. essa non condanna le operate a portare eternamente la ventriera. Ripete che il pronostico è buono, e certo migliore di quello degli atti laparotomici nei casi di suppurazione peri-uterina grave, poichè coll'intervento per via vaginale

le aderenze intestinali, che formano il principale pericolo della laparotomia sono rispettate. Insiste assai su quest' ultimo punto, concludendo che nei casi in cui l'ablazione degli annessi per via laparotomica esige manovre pericolose, l'isterectomia riduce al minimo le probabilità di morte operatoria, conseguendo delle condizioni di guarigione perfetta. Nega che tale operazione porti facilmente a complicazioni quali ad esempio l'emorragia, le lacerazioni della vescica, del retto e va dicendo, a patto però che il chirurgo abbia una certa quale pratica della chirurgia vaginale. Secondo l'A. i risultati migliori della isterectomia nelle affezioni suppurative peri-uterine son legati al fatto che agendo per via laparotomica, l'ablazione delle parti ammalate è incompleta, e l'utero è sempre lasciato al proprio posto, il che dà spesso luogo al ritorno di accidenti suppurativi che richiedono un' altra laparotomia o residua una endometrite ribelle magari a ripetuti raschiamenti.

Se vi è la indicazione di togliere utero ed ovaia, nessun altra operazione potrà a colpo sicuro darci una guarigione più radicale; se la estensione delle lesioni si oppone alla ablazione completa degli annessi, la superiorità del risultato operativo sarà meno evidente, ma per quanto incompleta la operazione sarà certo preferibile alla laparotomia, che lascia dei lembi più o meno estesi di annessi, nel piccolo bacino, e necessariamente l'utero.

La morte anatomica e fisiologica degli annessi dopo la isterectomia è completa, e ben più sicura di quella dell'utero, allorchè rimane dopo l' ablazione degli annessi, ed è per ciò che nei casi in cui l'ablazione dell'utero e delle ovaie è impossibile, l'A. stima che è assai più sicuro il togliere l'utero senza gli annessi (per via vaginale) che gli annessi senza l'utero (per via laparotomica). Spera che l'avvenire abbia a parlare in favore di una tale importante questione di pratica chirurgica che l'A. crede chiamata ad avere degli ottimi risultati.

Decio.

Società di chirurgia di Parigi.

Sul trattamento delle suppurazioni pelviche per mezzo dell'isterectomia vaginale.

Seduta del 25 febbraio 1891.

Segond. — Si potrebbe preconizzare l'isterectomia vaginale per il trattamento di tutte le affezioni degli annessi, ma Segond si limita ora a una indicazione di quest'operazione: i casi di suppurazioni pelviche. Praticata per la prima volta da Péan e da lui chiamata castrazione uterina fu da lui stesso comunicata all'acca-

demia e al congresso di Berlino. Segond ne ha operati dall'agosto 1889 al gennaio 1891, 23 casi con 4 morti, mentre Péan tocca il 60.° caso senza un insuccesso.

1.° decesso (12.ª operazione) donna obesa, manovre operatorie difficili per numerose tasche purulente, morta l'indomani in ipotermia;

2.° (13.ª operazione). Suppurazione peritoneale. Temperatura 40.ª prima dell'operazione. Operazione incompleta, una tasca non essendo stata aperta. Morte per peritonite settica in 16.ª giornata.

3.° Morte al 2.° giorno.

4.° Morte per probabile perforazione intestinale in 3.ª giornata.

Gli altri 19 casi riguardano salpingiti bilaterali suppurate in tali condizioni da richiedere la laparotomia. Segond asportò talvolta l'utero solo, talvolta con gli annessi; le indicazioni operative sono per lui assai definite; ogni volta che v'è suppurazione periuterina e lesioni bilaterali degli annessi. La tecnica operativa non ha nulla d'analogo all'isterectomia per cancro o fibroma. Per evitare disastri bisogna seguire esattamente i precetti formulati dal Péan e adoperare gli strumenti da lui raccomandati (divaricatori molto lunghi per allontanare la vescica e il retto, pinze solide e lunghe). Non bisogna mai afferrare in totalità i legamenti larghi, ma asportare l'utero « par morcellement. » La posizione da darsi alla malata è in decubito laterale sinistro ogni volta che l'utero è fisso e situato in alto, altrimenti la posizione dorso-sacrale. Senza preoccuparsi dei fornici, basta proteggere coi divaricatori la vescica e l'utero intanto che si asporta l'utero. Talvolta è sufficiente l'ablazione dell'utero, e in certi casi invece, asportato l'utero, non compare il pus; bisogna allora procedere e aprire i vicini ascessi. Talvolta manca la volta pseudomembranosa del piccolo bacino, e, tolto l'utero, si cade nella cavità peritoneale, nel qual caso si asportano facilmente anche gli annessi.

I vantaggi di questo metodo sono: la mancanza di cicatrice addominale, al che tengono sempre le giovani donne; cintura addominale inutile dopo l'operazione; pronostico operatorio migliore che nella laparotomia per le suppurazioni periuterine; guarigione più radicale, più rapida, più completa, senza fistola soprapubica; drenaggio facile e adatto nelle avanzate suppurazioni pelviche. In seguito poi all'estirpazione dell'utero avviene un'atrofia degli annessi siano essi sani o malati.

Seduta 4 marzo 1891.

Bouilly trova l'isterectomia vaginale indicata quando nelle ovaro-salpingiti antiche complicate con peritonite il piccolo bacino è coperto da pseudomembrane aderenti, e quando la suppurazione nel piccolo bacino non è contenuta in una tasca che possa essere asportata. Tali casi però sono i più rari, egli ne trovò 3 su 33. Trova che Segond va troppo innanzi escludendo la laparotomia in molti

casi dove sarebbe preferibile. Per lui la laparotomia è la via d'elezione, l'isterectomia vaginale quella di eccezione, di necessità.

Richelot quantunque partigiano della isterectomia vaginale ch'egli ha fatto molte volte per svariate indicazioni, pure non la trova indicata in molti casi di suppurazioni pelviche. Pensa anche lui che Segond erra volendo sostituire la laparatomia con l'isterectomia vaginale; trova che le statistiche non danno differenza di mortalità apprezzabile; sa di donne operate col metodo di Péan che non sono guarite definitivamente, nè ammette che gli annessi si atrofizzino sempre quando l'utero sia asportato. Trova però l'operazione opportuna nei casi di tasche purulente multiple, aderenti, aderenze intestinali numerose, velo pseudo-membranoso al disopra del bacino.

Bary s'accorda con Bouilly e Richelot e termina dicendo che non sa comprendere come si possa far pesare la questione della cicatrice addominale.

Seduta dell'11 marzo 1891.

Terrillon: operò circa 100 salpingiti voluminose di cui 45 suppurate; in questi 45 casi potè asportare ovaia e trombe molto voluminose ed ebbe dei successi anche dopo che le tasche suppurate s'erano aperte nel peritoneo, ma ebbe anche casi mortali. Così due volte morte per peritonite da perforazione in seguito a decorticazione troppo violente di anse intestinali aderenti. In altri due casi la morte si dovette a peritonite settica, non essendosi potuto asportare completamente un focolaio suppurato situato profondamente vicino al retto. Si fu per due casi simili che egli pensò di ricorrere al metodo di Péan. Ora egli ne ha quattro casi di cui tre guariti e uno in via di guarigione: anch'egli pensa che l'utero debba essere asportato brano a brano, e ha sempre fatto delle punture esplorative per la via della vagina. La trova quindi operazione molto razionale nei casi di suppurazioni antiche a pareti spesse, difficili ad asportare per la via sopra-pubica, nei casi di numerose aderenze intestinali e quando la piccola pelvi è come coperta dal lato dell'addome d'un velo pseudo-membranoso. Passa poi in rivista i mezzi di difesa contro le suppurazioni pelviche che pochi anni fa non si sapevano curare. Hegar ha mostrato per il primo che si potevano aprire gli ascessi pelvici al disopra del pube, Lawson Tait che si potevano guarire con la laparotomia la maggior parte delle forme suppurative incistate, ed ora grazie a Péan e Segond noi sappiamo trattare le antiche suppurazioni del piccolo bacino con fistole.

Pozzi. — Segond intitolò la sua comunicazione: Del trattamento delle suppurazioni pelviche con l'isterectomia vaginale. In realtà egli ha voluto dire: del trattamento delle piosalpingiti. È dunque sul terreno di tutti i tumori salpingitici cronici che bisogna porsi per la discussione fra la laparotomia e la colpo-iste-

rectomia. Sostituire così un trattamento indiretto alla via più razionale è andar contro a tutte le tendenze della chirurgia moderna, è fare per le salpingiti ciò che si è fatto molto tempo per i fibromi, nè si saprebbe meglio comparare, sotto tal punto di vista, l'isterectomia vaginale che alla castrazione.

Tutti ammettono buona la castrazione nei casi di fibromi, ma nessuno pensa di dover abbandonare la speranza di guarirli con un'operazione più razionale, l'estirpazione. In ogni caso Segond non ha dimostrato l'isterectomia vaginale meno grave della laparotomia. I tre argomenti infatti che pugnano per la prima sono i seguenti: 1.° La cosmesi consecutiva, ma è aforisma chirurgico: Primo vivere, *deinde placere*. 2.° La minor gravità del suo metodo. Qui il problema si complica con la difficoltà del diagnostico, che nelle suppurazioni pelviche riesce sicuro in media una volta su quattro e quindi non operando che per la vagina, si opererà almeno una volta su quattro per una via a cui sarebbe stata preferibile la laparotomia. Le piosalpingi per il loro trattamento bisogna dividerle in tre gruppi: 1.° a tasca libera, 2.° a tasca aderente ma snucleabile senza lacerazioni, 3.° a tasche aderenti, non snucleabili, con fistole, ecc. Nei due primi gruppi la isterectomia è certo inferiore alla laparotomia, più semplice, benigna, efficace, giacchè permette di asportare tutto il male: nel terzo gruppo si può aiutarsi, aprendo la tasca, senza tentarne l'enucleazione, lavandola e grattandola, e si ottengono così dei veri successi. Ma si abbia presente che tali casi sono rari, 10 0[0 all'incirca (3 su 33 Bouilly; 3 su 39 Pozzi). In questi casi però l'isterectomia vaginale è una buona operazione, ma non migliore della laparotomia con grattamento e lavaggio della tasca, e solo sarebbe indicata, dove fallì la laparotomia, rimanendo una fistola, sebbene anche tali casi vengano talvolta a guarigione senza ulteriore intervento. Estirpare l'utero per suppurazioni pelviche equivale a che se lo si asportasse per endometrite emorragica. 3.° Quanto all'efficacia definitiva del metodo ancora non se ne può dir nulla, dove per la laparotomia una lunga esperienza ha già assodate guarigioni complete e maravigliose. E se talvolta persistettero dei dolori, ciò dipendeva da che essi non erano in rapporto con l'esiguità delle lesioni, casi cioè in cui la nota dominante erano disturbi di indole generale. Pozzi infine insiste ancora sul lato più pericoloso del metodo, quello cioè che suppone l'infallibilità della diagnosi.

Seduta del 25 marzo 1891.

Reclus. Come Segond ritiene l'isterectomia vaginale indicata in tutti i casi di alterazioni bilaterali degli annessi. Queste alterazioni possono dividersi in tre categorie: 1.° Pelviperitoniti; 2.° ovaro-salpingiti voluminose e aderenti; 3.° salpingiti poco voluminose. Ogni chirurgo ammette l'insufficienza della laparotomia per

le lesioni del primo gruppo. Reclus fece tre laparotomie in casi simili con due decessi a capo di 4 a 6 mesi con lesioni epatiche e renali, conseguenza della prolungata suppurazione. Nel terzo caso persistette una fistola. Per le forme del secondo gruppo l'isterectomia è da sostituirsi alla laparotomia come più facile e più completa e offrente la possibilità di un drenaggio migliore. Reclus ebbe un ottimo risultato in 12 giornate in una giovane donna con voluminosa suppurazione bilaterale degli annessi. Nel terzo gruppo Reclus pensa che, se non si è sicuri che le lesioni siano bilaterali e abbiano distrutte le ovaie, è preferibile la laparotomia. Quindi nel primo gruppo l'isterectomia vaginale è operazione di necessità, nel secondo di elezione, nel terzo è preferibile la laparotomia.

Lafond osserva come dei chirurghi alcuni accettino condizionatamente l'operazione di Péan, altri la respingano del tutto; commenta i casi in cui essa è preferibile, citando i varii operatori e riporta le teorie di Segond che la fanno anteporre alla laparotomia. Come tecnica, Reclus la dice facile, Segond molto difficile e da non praticarsi se non da chi abbia molta dimestichezza con le operazioni ginecologiche. Pozzi la chiamò cieca e drammatica, ma lo è solo quando non si segua la regola assoluta di non tagliare che ciò che si vede e di asportare l'utero « par morcellement. » Talvolta, è vero, riesce incompleta ma ciò avviene anche nelle laporotomie. Quanto ai risultati tardivi, nei casi accennati, sappiamo che la laparotomia li ha dati cattivi, bisogna che il tempo provi migliori quelli dell'isterectomia vaginale. Altre due obiezioni si fecero; una con l'argomento della diminuzione di popolazione, ma Segond non vuole asportare organi che possano avere ancora un possibile officio fisiologico; l'altra per la difficoltà in alcuni casi della diagnosi: ma Segond nei casi dubbi indica come operazione di scelta la laparotomia.

Seduta del 9 aprile 1891.

Bazy crede che un'indicazione precisa per l'isterectomia vaginale nelle suppurazioni pelviche sia l'esistenza di fistole vaginali persistenti aperte in vagina. Segond non avendo insistito su questo punto, egli cita l'osservazione seguente: Donna di 32 anni con peritonite gravissima dopo un parto; ascesso aperto in vagina: fistola in un fornice, drenaggio: miglioramento soltanto; laparotomia, guarigione, ma persistenza della fistola: isterectomia vaginale che riuscì facilissima. Insiste che con la isterectomia vaginale si possono asportare ovaie sane e data la difficoltà di diagnosi delle lesioni degli annessi preferisce la laparotomia.

Segond già fece rilevare che egli non fa l'isterectomia vaginale se non nei casi in cui ha potuto fare la diagnosi di lesioni bilaterali degli annessi. D'altronde Bazy sa che sono state asportate ovaie sane anche nel corso di laparotomie; è forse questa una ragione per rifiutare questa operazione? Aggiunge che

Péan ha già da lungo tempo insistito sui vantaggi dell'isterectomia vaginale nei casi di fistole vaginali. Egli poi ha già operate tre inferme in queste condizioni.

R. Frommel. — **Wiederholte tubenschwangerschaft** *(Della gravidanza tubarica ripetuta). — Deut. Med. Wochenschrift*, 1890.

Ai casi di gravidanza tubarica ripetutasi nella stessa donna, già citati dall'Olshausen nel suo lavoro sulla gravidanza extrauterina, aggiunge l'A. la narrazione di un caso capitato al Lawson-Tait e di un altro da lui stesso osservato. Nel caso del Tait venne eseguita la laparotomia per gravidanza extra-uterina tubarica con rottura dell'ovidutto di destra; dopo 18 mesi la donna partoriva spontaneamente e senza complicazione di sorta a termine di gravidanza; — dopo altri 15 mesi la paziente veniva a morte per emorragia interna, ed all'autopsia quale causa del decesso si riscontrava rottura della tromba per gravidanza extrauterina interstiziale sinistra. Il caso occorso all'A. è il seguente: « nel 1883 laparotomia per gravidanza tubarica destra, dieci giorni circa dopo la morte del feto, con fissazione della cisti alle pareti addominali. Dopo 4 anni sospensione mestruale di 2 mesi ed insorgenza improvvisa di dolori vivi nel quadrante inferiore sinistro dell'addome. Ritornando un giorno la paziente dalla visita del medico di casa è colta lungo la via da sintomi di gran colasso, dal quale assai a stento si rimette. Nel giorno seguente espulsione dai genitali con scarsa emorragia di lembi di membrana, che all'esame microscopico si accertano di struttura deciduale. Il medico, che aveva esaminato la paziente dieci minuti prima del colasso, al giorno appresso trova l'intero bacino occupato da una tumescenza elastica, che sposta l'utero in avanti ed in alto; e più tardi dopo quattro settimane rileva che la detta tumescenza ha subìto un notevole aumento. Pochi giorni dopo la paziente è veduta anche dall'A. che constata il quadro di un ematocele intraperitoneale retro-uterino di rilevanti proporzioni. La donna si riebbe molto lentamente col graduale rimpicciolimento della tumescenza. »

L'A. propende a ritenere come condizione favorevole alla produzione di simili fatti il persistere nella donna adulta della forma infantile delle trombe, caratterizzata, come riscontrò Freund, a numerose insenature massime in vicinanza all'estremo addominale degli ovidutti, sinuosità che possono portare al restringimento del lume della tromba, od alla formazione di diverticoli, come possono più tardi divenire cagione di processi infiammatori della mucosa o di tutta la tromba medesima. Non si nascondo però l'A. come altre e numerose ricerche sieno neces-

rarie, tanto nel campo fisiologico che nel patologico, prima che si possa discutere in modo chiaro relativamente alla eziologia della gravidanza tubarica.

BERTAZZOLI.

LOMER. — **Geburtshinderniss durch im kleinen Becken eingekeilte Ovarientumoren** *(Distocia per tumori ovarici fissi nel piccolo bacino).* — *Deut. Med. Wochenschrift*, 1890.

L'A. prende argomento dal seguente caso — II para, d'anni 21, ebbe il primo parto spontaneo ad epoca prematura e colla nascita di un bambino macerato. Gravida per la seconda volta, il travaglio di parto si inizia pure ad epoca assai anticipata di gestazione, almeno secondo i calcoli della paziente; e dopo quattro giorni di continui dolori senza che il parto si espletasse, viene chiamato un medico, che, sotto la cloronarcosi, richiesta dalla straordinaria eccitazione della donna, constata grave ostruzione dello scavo pelvico, bocca uterina dilatata come un marco, ma così elevata da riuscirgli oltremodo difficile il raggiungerla, testa fetale deviata sulla fossa iliaca destra, borsa integra con cordone procidente regolarmente pulsante, segmento inferiore dell' utero notevolmente disteso ed assottigliato. Il medico chiamato, temendo di una rottura uterina, rompe il sacco amniotico e quindi passa ad un infruttuoso tentativo di rivolgimento, durante il quale avviene il prolasso del funicolo e la morte del feto. Consegue sospensione per tutta la giornata di ogni dolore. Alla sera del giorno seguente l' orificio uterino è completamente dilatato, ma ancora assai elevato e difficilmente raggiungibile, quasi come il giorno prima. Presentazione di spalla. Sotto la cloronarcosi il medico ritenta il rivolgimento, e con non poca fatica riesce ad estrarre il bambino fino al collo. Ripetute e valide trazioni non valgono a portare all' esterno la testa fetale, che rimane libera nella cavità uterina dopo violento distacco del tronco. La paziente, che fino a questo punto avea conservato buono il polso, presenta ora segni di colasso, lamentandosi di intensi dolori all' addome. L'A. chiamato in consulto, arriva al letto della paziente circa tre ore dopo gli ultimi tentativi di liberazione, e la trova moribonda. Il decesso avviene infatti poco tempo dopo, ed all'autopsia si constata un tumore dell'ovaio sinistro, di proporzioni di poco superiori ad una testa di bambino, compresso nel piccolo bacino e da ogni parte aderente. Segmento inferiore uterino assai espanso, e nell' interno della matrice la testa fetale in preda a grave disfacimento. Nessuna soluzione di continuo dell' utero, nessuno spandimento nella cavità dell' addome. Rimanendo con ciò un po' oscura la causa immediata della morte, l'A. è di avviso di doverla verosimilmente ricercare in una intossicazione ptomainica portata dalla decomposizione della testa fetale trat-

tenuta nella cavità dell'utero dopo essere stata sottoposta a tali e tante manovre di estrazione.

Da questo caso trae l'A. l'opportunità di ribadire i precetti da lui dati in un altro suo lavoro sulla distocia per tumori ovarici, precetti che si possono così riassumere:

1.° Cercare anche mediante l'esame rettale di orientarsi della causa che rende distocico il parto; 2.° fare un prudente tentativo di riposizione del tumore quando si sia diagnosticato essere un tumore ovarico la causa della distocia; e fallito tale tentativo, ricorrere sollecitamente alla puntura ed ancora alla larga incisione del tumore attraverso la volta vaginale posteriore.

BERTAZZOLI.

SPERLING. — **Zehn weitere fälle von ventrofixatio uteri retroflexi** (*Altri dieci casi di addomino-fissazione dell'utero retroflesso*). — *Deut. Med. Wochenschrift*, 1891.

Con questi dieci sono in tutto 19 i casi di addomino fissazione per utero retroflesso eseguiti dal Leopold, e dei quali alcuni già da quattro anni. La semplice retroflessione esisteva solo in quattro pazienti; in sei vi si accompagnarono lesioni degli annessi uterini di sinistra, in altre sette le lesioni interessavano gli annessi d'ambo i lati; nè venne mai riscontrato esclusiva lesione degli annessi di destra. In un caso lo spostamento posteriore era determinato da un mioma del fondo uterino, ed in un altro era collegato a prolasso utero-vaginale. Delle 19 operate, 16 guarirono affatto delle loro sofferenze; in due si ebbe notevole miglioramento, ed in una sola il successo fu nullo, poichè per quanto anche più tardi venisse constatata l'adesione dell'utero alla parete addominale, pure continuarono a persistere assai forti i dolori mestruali, possibilmente per un lento processo infiammatorio delle due ovaie. Si ebbe quindi guarigione nella proporzione del 94 p. 0[0. Delle 19 donne tre sole rimasero incinte e partorirono felicemente a termine di gravidanza, ed in esse anche dopo il parto si potè constatare che l'utero stava adeso alla parete addominale. In due casi, nei quali venne eseguita anche l'ovaro salpingectomia bilaterale, continuò il flusso mensile; ed in una l'atto operativo fu susseguito da forti molestie vescicali. L'isteropexis venne condotta sempre secondo il processo già descritto dal Leopold; vennero cioè posti da uno a tre punti di sutura addomino-uterina, e nella maggior parte dei casi raschiato il rivestimento sieroso del fondo uterino. In una aggiunta al lavoro di Sperling il Leopold poi avverte, come si debba andare assai guardinghi nel trovare indicazione alla addomino fissazione dell'utero; poichè in seguito alla medesima possono cessare bensì le molestie attribuibili alla retroflessione, ma i pro-

teiformi disturbi nervosi non di rado possono continuare a persistere, legati come sono talora alla condizione ereditaria, alla deficiente nutrizione, ai concomitanti processi infiammatori dell'apparato genitale, alla influenza psichica. Leopold ricorda perciò nei casi di retroflessione di vecchia data di non ascrivere senz'altro tutte le sofferenze allo spostamento uterino, ma di dovere prima escludere i sovraccennati momenti causali. Solo quando ciò sia stato fatto, ed i disturbi ostinatamente persistano, il Leopold trova indicazione al trattamento chirurgico.

BERTAZZOLI.

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Pomata contro l'eczema del capezzolo.

Calomelano	gr.	3
Carbonato di magnesia.	»	2,50
Unguento rosato. . . .	»	30

f. s. a. pomata colla quale si fanno leggiere frizioni.

Per prevenire lo sviluppo dell'eczema, pulire attentamente il capezzolo dopo ogni poppata. — Se l'areola è sensibile ed il capezzolo è escoriato, usare la glicerina tannica, avendo cura di far scomparire ogni traccia del topico al momento del pasto del bambino.

Il massaggio nella cura degli essudati del piccolo bacino.

Le esperienze fatte durante sette mesi nella clinica di Slawianski a Pietroburgo hanno dati i seguenti risultati:

I. Il massaggio trova la sua indicazione nelle diverse specie d'infiammazione degli organi e dei tessuti del piccolo bacino; II. i migliori risultati si ottengono nella cura degli essudati da para o perimetrite; III. le infiammazioni della mucosa uterina scompaiono a misura che diminuiscono quelle dell'utero o degli organi e tessuti pelvici; IV. le deviazioni laterali della matrice scompaiono parallelamente alle infiammazioni che le avevano prodotte; V. nella maggior parte dei casi i disturbi dismenorroici cessano o migliorano notevolmente sotto l'influenza del massaggio durante il periodo mestruale; VI. il massaggio ginecologico agisce favorevolmente sul sistema nervoso, sull'apparecchio digerente e sulla nutrizione generale.

Il massaggio non presenta alcun pericolo e vale a produrre un miglioramento notevole od anche la guarigione completa la dove altri trattamenti a lungo impiegati non danno alcun risultato.

Cura del catarro uterino.

Chrobak impiega la medicazione secca e procede così:

Disinfettata la vagina e l'utero a mezzo di soluzione di sublimato corrosivo dilatando al caso il canal cervicale coi dilatatori di Hegar fino al N. 5 si tampona la cavità uterina con una mèche iodoformizzata, che è preferibile alla garza ed al cotone e si introduce della garza in vagina.

La medicazione si lascia in posto da 24 a 48 ore e si ripete 10 o 12 volte. All'iodoformio si ponno sostituire il bismuto, l'acido borico, il tannino l'allume, ma nell'endometrite purulenta, specialmente d'origine blenorragica è necessario di fare una cauterizzazione della cavità uterina col cloruro di zinco al 50 0[0.

Soluzione contro il vomito incoercibile della gravidanza.

Prendere mattina e sera al momento dei pasti in un po' d'acqua cinque goccie della soluzione seguente:

Tintura di iodio	} ana gr. 10	
Cloroformio . .		

Soluzione contro il prurito della vulva.

Bicloruro di mercurio	gr.	2
Alcool	»	10
Acqua di rose . . .	»	40
Acqua distillata. . .	»	450

Uso esterno.

Questo liquido si adopera puro, in lozioni ripetute mattino e sera. Le prime applicazioni provocano sempre un cociore assai vivo e richiedono abitualmente una lavatura consecutiva con acqua fredda, ma tuttavia l'uso di questa soluzione diviene sempre meno doloroso e la guarigione è spesso rapidissima.

Cocaina ed antipirina contro i vomiti incoercibili.

Le formole seguenti sono state impiegate con successo anche contro le gastralgie acute:

Cocaina	gr.	0.10
Antipirina	»	1
Acqua distillata .	»	90

A piccoli cucchiai, ad ogni mezz'ora o ad ogni ora.

Tintura emostatica.

Ai preparati di segale cornuta, spesso mal tollerati perchè cagione di turbe gastriche, il prof. H. Fritsch sostituì l'ergotina di Denzel.

Ergotina Denzel	ana gr. 5
Segale cornuta polverata	

m. d. in pillole N. 100-6 al giorno

Estratto di Hydrastis canadensis	ana gr. 3
Estratto di Gossypio	
Ergotina Denzel	

m. d. in pillole N. 100-9 al giorno.

Il Denzel preparò poi una tintura che venne impiegata con buon successo in molti casi, che è ben tollerata e che è basata sulla formola già usata da Fritsch. Un grammo di tintura corrisponde a dieci centigrammi di segale, e due cucchiai da tavola costituiscono una dose elevata.

Cura delle metrorragie coll'ergotina amministrata per clistere.

In seguito alla lavatura del retto, iniettarvi un cucchiaio della seguente miscela diluita in pochissima quantità d'acqua tiepida.

Ergotina	gr. 10
Acqua distillata.	» 70
Glicerina	» 70
Acido salicilico	» 0.20.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Luglio 1891. Num. 7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

LABORATORIO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
E CLINICA CHIRURGICA PROPEDEUTICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal Prof. A. Ceci.

Sulla struttura di alcuni fibromiomi fluttuanti
e sulla neoformazione delle fibrocellule muscolari
NEI FIBROMIOMI DELL'UTERO

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 SEP 91
LIBRARY

OSSERVAZIONI ANATOMO-PATOLOGICHE

DEL
Dott. GIUSEPPE TUSINI
ASSISTENTE.

I tumori fluttuanti dell'utero hanno presentato, fino dai primi tempi dei progressi della chirurgia addominale, un alto interesse clinico, da diventare oggetto di studi ed osservazioni accuratissime per parte dei chirurghi, specialmente in riguardo alla loro diagnosi differenziale colle cisti ovariche.

Non è mio scopo di trattare nel presente lavoro ciò che si riferisce a tale argomento. Il prof. Ceci, mio maestro, avendo avuto occasione di estirpare in questi ultimi tempi sei tumori uterini, due dei quali presentavano una squisita fluttuazione, mi ha consigliato di fare su di essi un accurato studio istologico, nel quale ha voluto essermi di compagno e di guida, riserbandosi egli di far noto in un'altra pubblicazione ciò che riguarda la parte clinica di essi.

Dei sei tumori, che formano oggetto delle mie osservazioni, il primo del peso di Kgr. 8, ha il diametro trasversale di cm. 36, il verticale di

cm. 30. La sua circonferenza nel piano verticale trasversale è di cm. 77; quella nel piano orizzontale di cm. 72, e quella nel piano verticale antero-posteriore è di cm. 64. Lo spessore antero-posteriore è di cm. 14.

Questo tumore, della forma di un' enorme pera, a grande diametro orizzontale, col corpo a sinistra e l'apice a destra, si continuava col lato inferiore del suo corpo coll'utero e con il lato inferiore della parte sua sottile s'insinuava tra le lamine del legamento largo, dal quale, tirando molto in alto, il tumore era stato peduncolato e diviso.

Il tumore, appena aperto l'addome, era di un colorito roseo-cianotico, trasparente attraverso l'involucro peritoneale lucido, madreperlaceo, con frequenti piastre tendinee, e tutto solcato di enormi vasi specialmente venosi.

Esso era formato da diversi lobi divisi alla lor volta in lobuli ed aveva una consistenza chiaramente fluttuante. Nel quadrante superiore sinistro della faccia anteriore del neoplasma, vedevasi una superficie di aderenze colle anse intestinali grande quanto una moneta di cinque centesimi.

Nella parte superiore del quadrante posteriore sinistro si aveva una superficie irregolare di aderenze colle anse del tenue disposta obbliquamente in basso di cm. 20 per 8 circa.

Nella faccia inferiore del tumore la superficie di amputazione dell'utero, ad ovale irregolare più sottile a destra e più ampio a sinistra, del diametro trasverso di cm. 15 ed antero-posteriore di cm. 16, era fatta da tanti strati concentrici, nel cui centro si apriva la cavità uterina. Faceva seguito a destra una mancanza d'involucro peritoneale del tumore, la quale si estendeva trasversalmente per cm. 13 e presentava progressivamente, da destra a sinistra, una larghezza da cm. 3, 4... fino a cm. 12 in vicinanza della superficie di amputazione uterina.

Questa mancanza d'involucro peritoneale, che andava nel lato inferiore dal corpo fino all'apice del preparato anatomico, rappresentava la parte interlegamentosa del neoplasma estirpato.

Diviso il tumore secondo il piano mediano trasversale verticale, si osservano le cose seguenti: oltre l'involucro peritoneale, il quale è unito al tessuto sottostante per un lasso connettivo, havvi un secondo involucro, dello spessore da mm. 4-6 superiormente a quello di cm. 3-4 nella parte inferiore sinistra, fatto da parecchi strati di tessuto muscolare, dei quali i più esterni longitudinali e circolari gli interni, e fra i quali

scorrono enormi vasi, specialmente venosi. Gli strati muscolari poi possono separarsi fra loro standovi interposto del connettivo lasso, il quale è più abbondante ancora fra tutto l'involucro muscolare e il neoplasma; ma in alcuni luoghi da detto involucro tralci fibrosi penetrano a grandi fasci nell'interno del tumore, il quale non può quivi separarsi nettamente dallo strato muscolare uterino. Questi fasci ramificandosi dividono il tumore in grandi lobi, in lobi più piccoli ed in lobuli; nei sepimenti scorrono evidentemente i grandi vasi sanguigni, di cui rimarcasi l'ampia luce alla sezione.

La sostanza del tumore era di un colorito roseo-lucente, in alcuni punti rosso-scuro e si mostrava scavata da una grande quantità di cisti di dimensione e di forma variabilissime. La maggior parte erano circolari, ovoidi ed anche cilindriche, del diametro da mm. 3-4 a cm. 1-1, 5 Avevano esse pareti regolari, assai liscie e lucenti; comunicavano fra loro ed erano poste nei setti interlobari ed interlobulari, contenevano un liquido limpidissimo ed incolore, che scolava abbondantemente durante il taglio e spontaneamente si coagulava. Vi avevano inoltre maggiori escavazioni, le quali sembravano trovarsi nella sostanza dei lobuli. Alcune di queste erano ripiene di una poltiglia grigiastra, altre di una poltiglia rosso-grigia, altre infine di un contenuto evidentemente sanguigno.

La poltiglia, sul preparato indurito, può farsi uscir fuori, a guisa di un turacciolo, dalle cavità, le quali lasciano vedere una parete, ora mediocremente regolare, altre volte irregolarissima ed anfrattuosa. In taluni luoghi sembrava che tutto un lobulo si fosse rammollito e trasformato in poltiglia, tolta la quale persistevano i sepimenti che lo percorrevano; in altre parti i tessuti così necrosati si sono infiltrati di sali calcarei e si lasciano sgusciare colla massima facilità.

Il secondo tumore di forma regolarmente ovoidale, col diametro massimo verticale, medio traversale e minimo antero-posteriore, presenta la circonferenza massima sul piano verticale trasversale di *un metro* e la minima sul piano orizzontale di cm. 79. Il suo peso, sangue compreso, era di Kgr. 10,820. Esso è coperto da una menbrana splendente, bianco-madreperlacea, con ispessimenti arborescenti, attraverso la quale traspariscono le ramificazioni dei vasi sanguigni ed il colorito rosso-vinoso dell'involucro del tumore.

Nella parte più bassa della sua faccia anteriore esiste un nodulo

ovoidale del diametro massimo di circa cm. 7, di superfice bernoccoluta, coperto di una spessa membrana bianco-splendente, durissimo; un altro nodulo simile si trova posteriormente nella faccia superiore della parte destra del tumore.

Al di sotto di quest'ultimo nodulo si trova aderente al neoplasma l'ovaio ingrossato, sulla parte superiore del quale vedonsi alcune cisti ripiene di un liquido trasparente. In questa parte del tumore sta anche aderente la tuba, le cui fimbrie si sparpagliano sulla superficie del tumore stesso.

Nella faccia inferiore del neoplasma si rimarca la superficie di sezione irregolarmente ovalare col diametro massimo trasversale di cm. 32 ed il minimo antero-posteriore di cm. 19; nella sua parte centrale, un po' a destra, notasi l'orifizio uterino appena visibile.

Diviso in due il tumore, secondo il suo piano verticale antero-posteriore, si scorge un involucro di color rosso-bruno costituito dal tessuto muscolare dell'utero. Questo involucro, che nella parte superiore e posteriore del neoplasma non supera lo spessore di cm. 1, s'inspessisce nella sua parte inferiore oltre cm. 2 e raggiunge nella parte anteriore ed inferiore lo spessore massimo di oltre cm. 5.

Esso presentasi costituito da grossi fasci muscolari, paralleli, divisi da tessuto connettivo lasso, con numerosissimi e grossi vasi sanguigni, specialmente venosi.

Nella parte superiore del forte inspessimento anteriore, si rimarca nell'involucro della metà sinistra del tumore una cavità, la quale si seguita con un'altra cavità corrispondente all'inspessimento anteriore dell'involucro della metà destra del neoplasma.

Quella del segmento sinistro rappresenta l'apice del corno uterino sinistro e si continua col canale della tuba faloppiana relativa, il cui moncone si trova nella superficie anteriore del tumore, nella quale vedesi ancora il moncone del legamento rotondo del medesimo lato. Seguendo la cavità del segmento destro del tumore si percorre tutta la cavità uterina, la quale ha un diametro trasverso di cm. 12 fra le due corna. Una sonda, che dal corno destro fuoresce dall'orifizio del canale cervicale del moncone di amputazione, misura la lunghezza di cm. 21 circa.

Dal corno destro della cavità uterina può introdursi uno specillo nel canale della tuba faloppiana, la quale scorre rilevata nella superficie destra del tumore, sul quale, come si è detto, sparge le sue fimbrie.

La mucosa uterina è molto inspessita ed iniettata.

L'involucro muscolare può separarsi nettamente dal tumore, quasi dovunque frapponendosi, fra l'ultimo ed il primo, un tessuto connettivo lasso, il quale penetra a sua volta tra i lobi del neoplasma facendo da tramite ad enormi ramificazioni vascolari.

Denudata dal suo involucro muscolare, la superficie del tumore mostrasi conformata a grossi lobi, più protuberanti nella parte inferiore e posteriore di esso.

La superficie di sezione del neoplasma mostra un colorito roseo-carneo chiaro assai splendente e presentasi irregolare per una quantità enorme di escavazioni a figure svariatissime, ovoidali, schiacciate come fenditure, comunicanti fra di loro, a pareti sfrangiate, con contenuto liquido sieroso, trasparente, che colava già abbondantemente durante il taglio senza coagulare spontaneamente. A meglio studiare la forma ed i rapporti, che fra di loro assumevano dette cavità, tentai di ritrarne il modello con qualche sostanza, che poi solidificandosi, mi rappresentasse in modo durevole la loro precisa conformazione. A tal scopo asciugai alcune delle cavità più grosse con piccole listerelle di carta bibula, cercando delicatamente di penetrare nelle anfrattuosità, a cui immettevano, onde liberarle quanto più potevasi dal liquido; quindi fatta fondere una lega composta di bismuto p. 40, piombo p. 25, stagno p. 15 (lega Darcet), ve la feci colare prontamente, ed appena raffreddata tolsi a piccoli colpi di forbice il tessuto tutto attorno alla massa solidificata e ne ottenni tre elegantissime forme, quali ora passo a descrivere.

Una di esse (fig. I) offre l'aspetto di un grappolo, in cui gli acini stanno attaccati a due grossi tronchi, quali per un corto e tozzo peduncolo, quali per un lungo ed esilissimo picciuolo, divisi alla lor volta da due o tre intaccature.

L'altra (fig. II) è foggiata a guisa di una grossa lamina irregolarmente quadrilatera con impressioni e forellini, che l'attraversano da parte a parte, e dà attacco per i suoi margini a propaggini di varia forma e dimensione, sulle quali s'innestano, per peduncoli più o meno esili e lunghi, altre propaggini più piccole e svariatissime.

La terza presentasi tanto riccamente e variatamente ramificata da potersi paragonare ad una piccola produzione corallina. Le masse modellate nelle cavità ed unite nel modo descritto sono di figura diversa, rotondeggianti, ovoidali, irregolarmente cilindriche, ma per lo più

schiacciate a guisa di lamine rugose e misurano dai mm. 44.5 ai centimetri 5-6.

Nel terzo caso trattasi di un fibromioma sottoperitoneale, cortamente peduncolato, impiantato nella superficie superiore dell'utero.

Questo neoplasma era coperto per i suoi due terzi superiori da un involucro bianco lardaceo, sotto il quale si raccoglieva un liquido opalescente non coagulabile spontaneamente.

Al taglio si trovano una quantità di fine trabecole dirette nel senso antero-posteriore, le quali partendo dalla superficie del fibromioma, dividendosi talora nel cammino, s'inseriscono nella superficie interna del detto involucro. Queste trabecole dividono lo spazio riempito dal liquido anzidetto in cavità disuguali.

Evidentemente nei 2[3 superiori del fibromioma, l'essudato liquido raccolto al di sotto della capsula del tumore, aveva sollevato l'involucro peritoneale, costituendo una cavità del contenuto di circa cc. 400.

I sepimenti descritti in questa cavità rappresentano le propaggini connettivali, che dalla capsula s'insinuano dentro il neoplasma.

La quarta osservazione riguarda un fibromioma intramurale ed intralegamentoso, sviluppatosi nella parte anteriore dell'utero, completamente solido, del peso di Kg. 3,550, che datava da circa 8 anni, asportato coll'amputazione sopravaginale dell'utero.

La quinta osservazione si riferisce a due fibromiomi sottosierosi, affatto solidi, lungamente peduncolati, svoltisi nella superficie superiore dell'utero nel decorso di circa un anno.

L'ultima osservazione fu fatta sopra un fibromioma intramurale dell'utero, a decorso discretamente rapido, svoltosi nella parete anteriore, asportato coll'amputazione sopravaginale dell'utero.

La frequenza dei fibromiomi uterini si può desumere da una statistica di Reamy (1) il quale raccolse 400 casi dalla letteratura e trovò che 325 volte il neoplasma fu osservato nelle maritate, di cui 168 sterili e 75 volte nelle nubili. Il fibromioma sarebbe adunque più frequente nelle donne sterili, poi in quelle che hanno figliato ed in ultimo nelle vergini.

---

1) Reamy. « Case of fibroide polypus of the utorus with remarks on some points in etiology. » *Am. Journ. of Aug.* 1886.

Martin (1) osserva di più che questi tumori sono specialmente frequenti nei negri; in Germania li trovò più spesso nelle donne agiate, mentre nelle miserabili vide più frequente il cancro.

I fibromiomi, nati nello spessore delle pareti uterine, si possono fare: sottosierosi ed allora quasi sempre peduncolati; sottomucosi rivestiti da mucosa ricchissimamente vascolarizzata, per cui hanno luogo frequenti e copiose emorragie; o restare interstiziali, e l'utero forma loro un involucro muscolare tutto all'intorno. Quelli che nascono dallo strato più interno delle pareti, presentansi a fibre più parallelamente disposte che non gli altri e ciò per la speciale disposizione delle fibre uterine (2).

Non ne mancano sulla parete anteriore e sul fondo dell'utero, ma i fibromiomi, intramurali specialmente, prediligono la parete posteriore, la quale già normalmente presentasi più ispessita. Possono raggiugere un volume grandissimo. Virchow (3) p. e. cita da Walter un mioma interstiziale del peso di 71 libbre ed un altro di 106.

La loro etiologia è ancora molto discussa. Il Virchow (4) ritenne ogni mioma come il risultato di un'irritazione locale, l'estensione della quale, in uno stesso organo darebbe luogo alla molteplicità dei tumori medesimi. Ciò egli mette in rapporto non con uno stato fisiologico d'irritazione, ma con un processo irritativo di anormale intensità congiunto ad uno stato di debolezza dei luoghi affetti.

Reamy (5) ritiene che l'origine di questi tumori deve ricercarsi specialmente nelle iperemie passive dell'utero; ciò che solo eccezionalmente ammette ancora Olshausen (6) in quei casi, in cui stati congestizî dell'utero perdurano per mesi ed anni con sintomi infiammatori.

Secondo Martin (7) invece i miomi sembrano provenire da alcuni germi, i quali si possono ritenere come congeniti nonostante il tardo apparire dei primi sintomi del male.

---

(1) Martin. « Path. und Terap. d. Frauenkrankheiten. » Leipzig, 1887, S. 254.

(2) E. Klebs. « Lehrb. d. Allg. Pathologie. » II Theil. S. 699-704.

(3) Virchow. « Pathologie des tumeurs. » Paris, t. III, p. 366-377.

(4) Virchow. L. c., pag. 311 e seg.

(5) Reamy. L. c.

(6) Olshausen. « Ueber das klinische Anfangstadium der Myome. » Virchow's u. Kirsch's Iahresb. etc. Iahrg. XXI, Bd. II S. 631.

(7) Martin. L. c.

Tommasi Crudeli (1) dalle ipertrofie dell'utero nella gravidanza e dalle ipertrofie parziali nelle metriti croniche, deduce la persistenza eccezionale nel muscolo uterino delle attività formative embrionali, le quali, quando sieno poste in giuoco da un perturbamento abnorme della circolazione sanguigna nelle pareti uterine, si fanno cagione di tumori.

Infine Gallippe e Landouzy (2) vorrebbero mettere l'etiologia dei fibromiomi in rapporto con microrganismi a forma di bastoncelli e cocchi, che essi avrebbero trovato coltivando due volte pezzi di questi neoplasmi in brodo sterilizzato ed altri mezzi di cultura. Però, sia per lo scarso numero di osservazioni, come per la mancanza di esperimenti sopra gli animali e la deficienza di altre indagini, non pare che dalle loro ricerche possano trarsi stabili conclusioni.

La tecnica da me seguita nelle mie osservaziani fu la seguente: i pezzi dei tumori, appena tolti, furono in parte dilacerati cogli aghi, in parte trattati con forti soluzioni di potassa e soda caustica secondo il Moleschott; altri coll'acido nitrico secondo i metodi di Kölliker e Kühne ed ancora coll'acido cloridrico col metodo di Ludwig. Altri pezzi dei neoplasmi, appena estirpati, furono messi per ogni tumore, per metà ad indurire nell'alcool assoluto e per metà in liquido di Flemming. Non furono praticate inclusioni, ma i pezzi in alcool furono sezionati al microtomo ed i tagli colorati col carminio borico, col carminio acetico, colla zaffranina e col liquido di Ehrlich, secondo il metodo del Bizzozero. Quelli invece induriti nel liquido di Flemming furono ripetutamente lavati in alcool e le sezioni, ottenute col microtomo Schanze, vennero: in parte colorate subito colla zaffranina e col liquido di Ehrlich; in parte, lavate per due giorni in acqua distillata, mutata di frequente, furono poi ugualmente colorate, rischiarate in olio di garofani, in xilolo e nell'olio di bergamotto, e chiuse in gomma Dammar o in balsamo del Canadà.

I migliori preparati furono quelli ottenuti colla zaffranina e quelli col liquido di Ehrlich secondo il metodo di Bizzozero. Le mie ricerche furono indirizzate specialmente agli scopi seguenti:

---

(1) Tommasi Crudeli. « Istituzioni di anatomia patologica. » 1884, vol. II.

(2) Gallippe et Landouzy. « Note sur la presence de parassites: 1.° Dans les tumeurs fibreuses (myomes) utérines etc. » *Gazz. d. Hôp.*, 1887, N. 21.

1.° Ad illustrare le condizioni anatomo-patologiche dei fibromiomi fluttuanti dell'utero.

2.° A ricercare il modo di produzione delle fibrocellule muscolari nei fibromiomi uterini in genere.

Pel primo argomento mi valsi esclusivamente dei due primi tumori; pel secondo di tutti.

Il primo tumore vedesi costituito da fasci di fibrocellule muscolari, diretti in senso molteplice, frammischiate e contornate da abbondante tessuto fibroso compatto. Altro tessuto fibroso forma i sepimenti fra i lobi ed i lobuli del tumore, ed anzi in molti lobuli il tessuto fibroso è assai preponderante. Numerosi vasi sanguigni vedonsi trascorrere in questi tralci di connettivo fibroso interstiziale e penetrare nei lobi.

Nel secondo tumore il tessuto connettivo è ancora molto più abbondante che nel primo; ve ne ha del lasso all'intorno dei vasi, costituente i sepimenti fra i lobi ed i lobuli del neoplasma; ve ne ha del compatto, che fa parte integrante del tumore e in alcune sezioni costituisce quasi esclusivamente la sostanza di esso.

Come macroscopicamente, così microscopicamente i due tumori presentano cavità con caratteri diversi.

Nel primo tumore esistono due specie di cavità: alcune a contorni netti e con pareti costituite da tessuto fibroso; altre a contorni irregolari e limitate da una zona di tessuto granulare e indistinto, che non si colora col bleu di metile e col violetto di genziana, ma si colora invece diffusamente coll'eosina. Le prime debbonsi considerare come vere cavità formate; le seconde invece come il risultato di rammollimento dei tessuti del tumore per pregresse trombosi. Invero nei preparati vien fatto d'incontrare zone considerevoli di tessuti necrosati non colorabili distintamente. Come prima macroscopicamente discernevansi nel pezzo anatomico grossi infarti emorragici in via di disfacimento, così invece nelle sezioni vedonsi trombi venosi in via di organizzazione.

Nelle sezioni microscopiche delle zone di rammollimento, che alla osservazione macroscopica presentavansi ripiene di una poltiglia semiliquida, vedonsi cavità a contorni irregolari sfrangiati (fig. III) con una zona limitante in necrosi granulare e refrattaria alle distinte colorazioni. Vedonsi nei limiti di tessuti viventi leucociti con granuli di pigmento ematico e con granuli adiposi.

Le cavità a contorni regolari, prima menzionate, sono rivestite di

un endotelio piatto, il quale a volta, se le cavità sono piccole, forma un rivestimento completo (fig. IV), a volta invece è incompleto o appena esiste in qualche parte o manca del tutto (fig. V).

Queste ultime devonsi considerare come ectasie dei vasi linfatici, ancora se in parte o del tutto mancanti di endotelio e non sempre a contorni regolarissimi. Non tutte le cavità di questa origine hanno nelle sezioni microscopiche contorni netti: o, altrimenti, non tutte le cavità a contorni non netti sono originate da disfacimento di tessuti. Specialmente non adoperando sostanze d'inclusione, paraffina, celloidina, ecc., accade, tanto più se le cavità sono cospicue, che durante le sezioni vengano distaccati dei brandelli della loro parete, e i contorni scorgonsi allora sfrangiati invece che netti; ma le pareti stesse non mostrano una zona di tessuti necrotizzati come le altre cisti da rammollimento (fig. III). Anche le cisti linfatiche più cospicue si trovano disposte nel tessuto fibroso interstiziale ed hanno alla sezione una parete netta fibrosa più o meno spessa.

Per tutte queste ragioni ritengo che il primo tumore sia da considerarsi come un fibromioma linfangectasico e che le cisti ed i focolai di rammollimento, benchè frequenti, abbiano un'importanza accidentale sulla natura cistica di esso.

Il primo a metter fuori l'ipotesi che certe cisti dell'utero abbiano il loro punto di partenza dai vasi linfatici fu il Koeberlé, ed in seguito il Rein (1) dimostrò la possibilità di considerare le varie forme fibrocistiche dei tumori uterini come altrettanti linfangiomi.

In un sarcoma dell'utero Leopold e Fehling (2) trovarono piccole cavità a contorno regolare, coperte da rivestimento endoteliale, che considerarono come spazi linfatici perchè avevano lo stesso aspetto di quelli già da essi descritti nell'utero normale delle bestie e dell'uomo. Ancora le cisti più grosse avevano la stessa struttura, per cui chiamarono il tumore un miosarcoma linfangectode. Müller (3) in un miosarcoma ci-

---

(1) Rein. *Arch. für Gynaekologie,* Bd. IX, S. 411.

(2) Leopold und Fehling « Eine Beiträge zur Lehre von den kysticher Myomen des Uterus. » *Arch. f. Gynaek.* Bd. VII, S. 531.

(3) Mueller. « Beiträge Zur Kenntniss der cystoiden Uterustumoren. » *Arch. f. Gynaek.* Bd. XXX, S. 249.

stico dell'utero dimostrò col nitrato d'argento e coll'ematossilina e carminio un evidentissimo rivestimento endoteliare nelle piccole cisti, ed in quelle di mediocre grossezza, in cui i nuclei delle cellule piatte facevano chiara sporgenza nella luce delle cavità. In un fibromioma osservò ancora cisti grosse come una noce, rivestite da endotelio, contenenti un liquido chiaro come linfa, spontaneamente coagulantesi.

Il prof. Orth, da lui citato, dimostrò pure in un miosarcoma uterino un non dubbio rivestimento endoteliare delle cavità per mezzo del nitrato d'argento, ed altrettanto riscontrò in un miosarcoma in cui notavansi cavità grosse come una ciliegia. Ora il Müller considerando che i vasi linfatici di questi tumori esistono per neoformazione, paragona le linfangectasie dei tumori uterini ai veri linfangiomi.

Alterazioni molto vicine a quelle da me notate nel primo tumore sono quelle descritte dallo Schwartz (1) in un fibromioma cistico estirpato dal prof. Olshausen. Egli trovò al taglio una superficie irregolare in cui vasi linfatici dilatati contenevano ancora un liquido giallo-chiaro come linfa normale; eranvi cisti a pareti villose e dilacerate coi caratteri microscopici di cisti da rammollimento. Non potè veder traccia di endotelio nelle pareti delle grosse cisti, ma trovò fasci muscolari in degenerazione grassa, dovunque disseminati, con ipertrofia del connettivo interstiziale e considerevole ricchezza di vasi sanguigni, con trombi di antica data nelle grosse vene.

Le sezioni del secondo tumore da me descritto (fig. VI), mostrano che le cisti si trovano solo nel tessuto lasso interlobare ed interlobulare, che si continua colla capsula del neoplasma e per il quale scorrono i vasi sanguigni. Queste cisti danno l'impressione di smagliamenti più o meno considerevoli di detto tessuto connettivo lasso, le cui fibre fortemente divaricate mostrano dovunque il carattere dell'edema negli spazî.

Mentre nel 1.° tumore mi dovetti limitare semplicemente all'osservazione delle sezioni microscopiche dei pezzi induriti coi metodi mentovati, perchè non fui presente all'estipazione di esso, nel 2.°, appena terminata

---

(1) SCHWARTZ. « Aus. d. gynaek. Klinik in Halle. Glükliche Extirpation eines 45 Pfund schweren cystischen Uterusmyoms etc. » *Arch. f. Gynaek.* Bd. XVII, S. 424.

l'operazione, tentai le iniezioni interstiziali ed intracistiche di bleu di Prussia e di gelatina col nitrato d'argento e, tolti via frammenti di pareti di cisti di varia grandezza, tentai replicatamente nella loro superfice l'impregnazione argentica. Alle sezioni non mi è mai stato possibile dimostrare nei contorni delle cavità, sfrangiati ed irregolarissimi, alcun rivestimento endoteliare, neppure per breve tratto. Colle impregnazioni argentiche fatte nelle pareti delle cisti, in seguito delicatamente isolate e dilacerate, non riscontrai pavimentazione endoteliare di sorta, nonostante che la reazione fosse completamente riuscita, giacchè era esattamente visibile l'endotelio di vasi venosi, che si trovavano alla superfice delle pareti stesse. All'esame delle sezione dei pezzi, in cui furono praticate le iniezioni intracistiche ed interstiziali col bleu di Prussia, si vedono iniettate le cavità irregolari oblunghe anzidette, le quali in molti preparati mostrano delle ramificazioni regolari di diversa figura, alcune delle quali, a canali fini, per lo più rettilinei, comunicanti fra loro e di eguale grandezza, sembrami doversi interpretare come la iniezione di spazii connettivali.

In altri luoghi arborizzazioni che da tronchi grossi finiscono in rami sempre più sottili, dimostrano per la loro disposizione l'iniezione di reti venose.

Infine rare figure di vasi più grossi con rigonfiamenti o gozzi caratteristici, devonsi interpretare come veri vasi linfatici.

La massima parte dei vasi messi in evidenza col bleu di Prussia, appartengono però ai capillari sanguigni, malgrado che l'iniezione sia stata eseguita interstizialmente.

Questi spazi cistici presentano il più delle volte frangie ondeggianti di connettivo lasso edematoso (fig. VI, *d*). In questo tumore non trovansi vene trombizzate, nè zone rammollite; al taglio fresco presentava un aspetto lucentissimo e dava luogo allo scolo di un liquido trasparente *non coagulantesi spontaneamente.* Adunque, per la loro distribuzione nel tessuto connettivo lasso interlobare ed interlobulare del neoplasma, per l'essere prive di una vera parete propria, pel continuarsi delle loro cavità cogli spazi connettivali vicini, pel comunicare fra di loro, per la forma caratteristica di fenditure smagliate, per l'esser prive di rivestimento endoteliare, le cavità cistiche del secondo tumore sono da considerarsi come lacune connettivali distese da un' edema cronico, comunicanti fra di loro per lacerazione di setti; ed il tumore devesi diagnosticare come un fibro-

mioma edematoso. Ora il Virchow (1), parlando di quelle cavità che trovansi nei fibromiomi e che furono chiamate *geodi* da Cruveilhier, il quale le metteva in rapporto con un grado avanzatissimo di edema, fa notare che oltre d'edema trattasi spesso di una vera proliferazione di connettivo lasso, fra le cui maglie può, in alcuni casi, raccogliersi un liquido che spesso contiene mucina ed allora si ha un mixomioma (*myoma mucosum*). Ammette ancora un rammollimento senza proliferazione di connettivo, in cui il tessuto fibroso fattosi molto lasso può dar luogo alla formazione di piccole lacune, che danno l'impressione di cisti ripiene di liquido e la sensazione di fluttuazione, mentre alla puntura non esce liquido affatto o appena qualche goccia. Quello che egli chiama veramente *mioma cistico* è un tumore a piccole cavità numerosissime o ad una sola cavità molto grande, senza membrana propria, circoscritte da tessuto muscolare ipertrofico, percorse da trabecole, che le attraversano liberamente: non vere cisti ma piuttosto cavità cistoidi da metamorfosi regressiva di un tumore primitivamente solido, con rilasciamento del connettivo (2).

Questo liquido da rammollimento è debolmente tinto in giallo, acquoso, filante, simile a sinovia; in seguito può essere variamente tinto in bruno per versamento sanguigno da rottura di vasi dilatati. Le cavità più grandi sono dovute alla confluenza delle più piccole per la rottura dei setti. Klebs (3) dice che gli spazi linfatici dei fibromiomi si dilatano in cisti sprovviste di membrana speciale, contenenti un liquido limpido e chiaro. Questo lavorìo comincia dal centro in corrispondenza dei più grossi vasi e le cisti si presentano sotto forma di prolungamenti stretti, che si estendono lungo la parete connettiva, che separa i noduli isolati, oppure sotto forma di rosarii a colonne.

I rapidi ed alternantisi cambiamenti di volume in questi tumori sarebbero dovuti alla contrattilità forte delle fibrocellule muscolari, che regolerebbero lo stato di deplezione e di replezione degli spazi linfatici a fessura.

Al contrario di quanto è stato esposto finora, può invece succedere che un fibromioma molle vada ad indurazione per una specie di *metrite*

---

(1) Virchow. L. c., p. 383.
(2) Virchow. L. c. pag. 390.
(3) E. Klebs. L. c.

miomatosa (proliferazione del tessuto fibroso), come nota il Virchow (1); il quale osservò che, sotto l'influenza dell'indurazione, le fibre muscolari scompaiono e resta un tumore completamente fibroso, quasi privo di vasi, di una grande durezza e di aspetto cartilagineo. Questo processo egli distingue colla denominazione di stadio primitivo e stadio secondario dei miomi. Klebs (2), fa rimarcare che la disposizione delle fibrocellule, le quali in questi tumori s'incrociano in tutti i sensi, è molto sfavorevole alla loro attività funzionale, perchè la contrazione di esse procura un impicciolimento da ogni parte della neoformazione, per cui le vie vasali, parallele ai fasci muscolari, devono essere ristrette. Le fibrocellule muscolari perdono la loro contrattilità e coll' aumento del tumore si sostituisce tessuto connettivo alla sostanza muscolare atrofizzantesi, d'onde dal leiomioma si forma un fibromioma.

Originariamente questi tumori sono ricchi di vasi e, se le connessioni di essi colle vicinanze persistono, i vasi possono prendere, specialmente nei miomi intraparietali molli, un grande sviluppo; più queste connessioni sono deboli, più i vasi diventano rari, sicchè talvolta quasi del tutto scompaiono; da ciò spiegansi le divergenze fra gli autori. Di questa opinione è lo Schröder (3), il quale dice che i vasi sanguigni, che penetrano nei tumori dell'utero attraverso i tralci fibrosi, si riscontrano solo in quei neoplasmi che sono ancora in larga e diretta comunicazione coll' utero stesso, non mai in quelli bene incapsulati.

Ciò ha la massima importanza nella rapidità di sviluppo di alcune forme, specialmente cistiche di fibromiomi, e di questo si è servito il Fraenkel (4) per ispiegare le opposte opinioni di Gusserow ed Olshausen al proposito. Mentre questi sospettava la presenza di un fibromioma cistico dal solo svolgersi lento per molti anni di un tumore dell'utero, il primo attribuiva invece a questi neoplasmi un decorso molto rapido.

Ora Fränkel fa notare che sonvi tumori, che cominciano interstizialmente e si fanno poi sottosierosi mantenendosi sempre a larga base, per cui

---

(1) Virchow. L. c.

(2) Klebs. L. c.

(3) Schröder. « Malattie degli organi della donna. » Ziemssen. Vol. X, pag. 191. Traduzione italiana. Napoli 1880.

(4) Fraenkel und Schuchard. « Zur Lehre von den haematocystichen Uterusmyomen. » *Archiv. f. Gynaek.* Bd. XIX, S. 277.

la massa dell'utero li nutrisce riccamente, onde i processi trombotici e necrotizzanti avvengono solo per piccoli focolai periferici e non portano aumento considerevole del volume.

In altri casi il neoplasma, più o meno sottilmente peduncolato, riceve solo un esiguo numero di vasi dall'utero e perciò i processi di rammollimento si sviluppano rapidamente in tutta la massa del tumore, aumentandone prontamente il volume per l'aumento dei prodotti di degenerazione, pel sangue, la linfa, ecc.

Alla prima specie apparterrebbero i tumori a lento accrescimento di Olshausen, alla seconda quelli a rapido aumento di Gusserow.

Per ispiegare la formazione delle ectasie linfatiche nei miomi linfangetodi, Leopold (1) si riporta ad altri studî da lui eseguiti sopra un mioma emocavernoso, pel quale trovò la ragione della speciale struttura:

1.° nella grossezza della capsula;

2.° nei fasci intrecciantisi ad angolo retto;

3.° nel peso del tumore, il quale produce una stasi del sangue.

Ora nei tumori ricchi di capillari linfatici sono per lui le stesse cause, che producono analoga struttura, per cui pone il mioma linfangetode vicino al mioma telangetode.

Mueller (2) riscontrò chiaramente la causa della linfangectasia dei miomi nella difficoltà di deflusso della linfa e del sangue.

A questo proposito faccio qui rilevare che nel secondo tumore edematoso da me descritto, si ebbe un accrescimento rapidissimo, un mese prima dell'operazione, dopo una ricorrenza mestruale, la quale produsse vivissimi dolori, come espulsivi, alla paziente. L'accrescimento fu così cospicuo che mentre all'inferma fino a quell'epoca era stata possibile una vita abbastanza laboriosa, non le fu più concesso di rimanere orizzontale nel letto per la dispnea, che l'improvviso aumento del tumore le produceva e le fu vietato il più piccolo sforzo muscolare. All'operazione si trovò il legamento largo di sinistra disteso da un ematoma sottostante, il quale, prodottosi all'insorgenza dei dolori espulsivi suddetti, facendo pressione sulle vene reflue, aveva prodotto l'edema e l'improvviso incremento del tumore. Non è fuor di luogo notare che la struttura

---

(1) Leopold und Fehling. L. c.

(2) Mueller. L. c.

linfangectasica fu il più delle volte riscontrata in forme eterologhe, mixomatose e sarcomatose.

Altre forme degenerative dei miomi sono date dalla necrosi e gangrena dei tessuti del tumore, quali furono osservate dal Virchow (1), il quale vi notò ancora, ma più raramente, la cretificazione, la ossificazione e la degenerazione grassa negata da taluni.

Una statistica delle varie forme degenerative dei tumori dell'utero, si può dedurre da una relazione (Ueber Myomen) di Martin (2), il quale in 205 fibromiomi da lui estirpati trovò: 70 volte metamorfosi regressiva senza reperti importanti. Negli altri trovò: in *sette* degenerazione grassa e in questi, tre casi di calcificazione in parte limitata alla capsula. *Dieci* volte vide suppurazione. Questi processi suppurativi mostravansi in vario stadio di sviluppo: intorbidamento, mortificazione e grandi masse purulente, le quali qualche volta avevano prodotta la perforazione e fatto acquistare aderenze forti del tumore colle membrane del bacino.

Dodici volte trovò edemi diffusi in donne anemiche e molto deteriorate. Al taglio di questi tumori si trovarono spazî linfatici con soltanto edema pronunciato. Essi furono sempre causa di straordinaria emorragia. *Otto* volte vide degenerazione cistica in grandi miomi che avevano al centro una o due cavità più o meno grandi, a contenuto giallastro, fortemente albuminoso. L'endotelio mancava nelle grosse, mentre si trovava nelle piccole cisti. *Tre* volte i tumori erano telangectasici e contenevano cavità grosse da un grano di miglio ad una noce avellana, con coaguli sanguigni oppure sangue fluido. Questi miomi mostravano una ricchissima formazione di capillari. In *sei* casi vi era formazione di sarcoma e cioè: *due* volte fibrosarcoma di tutto il tumore; in *uno* non era dimostrabile la formazione della capsula; *quattro* volte erano chiaramente incapsulati ed in parte sviluppati nel legamento largo. Mostravano inoltre trasformazioni mixomatose, che sotto l'involucro avevano dato luogo a focolai metastatici. *Due* volte dopo l'estirpazione di un miosarcoma accadde la recidiva come sarcoma puro. In nessun caso era dimostrabile la trasformazione in carcinoma. Tutte le ricerche a ciò stabilite rimasero senza

---

(1) VIRCHOW. L. c. p. 307 e seg.

(2) MARTIN. « Verhandlungen der zweiten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Halle. » Maj 1888. *Arch. f. Gynaek.* Bd. XXXII, S. 470-72.

successo. In *nove* casi si trovò nello stesso tempo mioma e carcinoma; soltanto in *due* fra questi esisteva il carcinoma della porzione vaginale; negli altri *sette* la sede del carcinoma era il corpo dell'utero; il mioma perciò era in parte caduto in degenerazione, ciò che, secondo lui, scuote la immunità, da taluni sostenuta, del fibromioma contro il carcinoma.

In ultimo a tutte queste varie forme sarebbe da aggiungersi la metamorfosi endoteliare segnalata dal Klebs (1), la quale renderebbe forse possibili processi metastatici dei leiomiomi, ciò che del resto egli non può ancora sicuramente affermare.

Intanto da tutto il suesposto risulta chiaramente che in differenti condizioni di struttura macroscopica e microscopica può un tumore uterino presentare il fenomeno della fluttuazione.

Nei due neoplasmi da me osservati, la fluttuazione era tanto evidente, che, malgrado, in seguito a ripetute punture ed aspirazioni con la siringa di Pravaz, il prof. Ceci li avesse prima dell'operazione precisamente diagnosticati come composti di innumerevoli piccole cisti a guisa di una spugna, dal fatto che l'ago lungo esplorativo trapassava successivi setti molto resistenti, penetrando in successive piccole cavità, e dal fatto che da ognuna di queste cavità poteva aspirarsi da cc. 1[2-2, tutto al più, di liquido, pure in tutti e due i casi, aperto l'addome e messo a nudo il tumore, sorpreso dalla squisita fluttuazione, non potette astenersi di perforarlo con un grosso trequarti per cercare in esso in diverse direzioni una cospicua raccolta liquida, che non esisteva di fatto.

Parmi che la principale condizione, per cui i fibromiomi scavati da così piccole ed innumerevoli cisti diano il senso della fluttuazione, sia posta nelle proprietà fisiche e fisiologiche dell'involucro fatto dalla parete uterina a tali neoplasmi. Il tono muscolare ed anche la contrazione dell'involucro, esercitando una costante pressione e per ogni dove attorno al tessuto tra solido e liquido del tumore, fanno sì che la parte sua liquida, contenuta nelle molteplici piccole cavità, per i più piccoli urti entri intera in vibrazione e li trasmetta.

Specialmente in quei casi in cui esistevano fibromiomi con grandi

(1) E. Klebs. « Lehrb. d. allg. Pathologie. » II Theil.

cavità linfatiche, accadde che il tumore venisse scambiato con una cisti ovarica. Non è mio compito di entrare nei dati anatomici ed obiettivi clinici per arrivare alla diagnosi differenziale fra le cisti ovariche ed i tumori fibrocistici dell'utero; voglio soltanto discutere un reperto, il quale, restando oscuri per eccezionali modalità i dati sopra detti, può essere utilmente cercato. Intendo parlare del risultato della puntura esplorativa di questi tumori.

La puntura esplorativa ha un duplice valore; dà preziosi rilievi sulla qualità fisiche dei tessuti, che l'ago attraversa mentre essa si eseguisce; ci fornisce di liquido, su cui può cadere il nostro esame. Nel caso di tumori fluttuanti simili a quelli che io ho studiato, l'ago esplorativo da setti resistentissimi e scricchiolanti al suo passaggio, penetra in ispazi cavi da cui, nuovamente in setti resistenti e così via. Il liquido di un solo spazio cistico può empire al massimo due o tre comuni siringhe; raramente si può aspirare sangue schietto.

Esistendo invece grosse cavità come nei veri fibrocistici, l'ago, traversata la parte resistente più o meno spessa del tumore, entra in uno spazio, dove può girarsi senza resistenza.

Nell'êra preasettica le punture dei fibroidi cistici a grandi cavità dell'utero a scopo di cura palliativa, avevano un'altra grave importanza. Secondo la relazione dell'Atlee, 10 pazienti, in cui per puntura fu estratto il liquido, soccombettero tutte per icorizzazione della cavità del neoplasma. Le resistenti pareti di un fibromioma non collabiscono, od assai imperfettamente, dopo vuotata la cavità che limitano, e con ciò si spiega il pericolo di questa pratica in confronto alla quasi assoluta innocuità della punzione trattandosi di cisti ovariche. I risultati dell'esame chimico hanno ottenuto più considerevole importanza. La coagulazione spontanea del liquido estratto fu ritenuta come caratteristica dei neoplasmi uterini, così la presenza di mucina fu ritenuta patognomonica del liquido ovarico.

L'osservazione del secondo tumore dimostra la veridicità dell'asserzione di Atlee, cioè che l'esame chimico del liquido ha poco valore diagnostico; invero il liquido di un fibromioma edematoso non coagula spontaneamente, mentre questa coagulazione spontanea avviene per la linfa di un fibromioma linfangectasico. Ma anche nel primo tumore, se l'ago esploratore avesse raggiunto una delle cisti da rammollimento, poteva estrarsi un liquido non coagulabile e con caratteri ben diversi

da quello, che empiva le cisti linfatiche. Similmente in un fibromioma mixomatoso o mucoso la mucina sarebbe fra i componenti chimici del liquido aspirato.

Richiamò ancora la mia attenzione il modo di moltiplicarsi delle fibrocellule nello svolgersi dei fibromiomi, e cogli svariati metodi di colorazione già mentovati, cercai in parecchie centinaia di preparati di sorprendere le forme nucleari della segmentazione o della frammentazione indiretta.

Dopo i classici lavori di Eberth, Strassburger e di Flemming (1), la prova delle attività formative cellulari, venne dagli autori cercata nelle figure nucleari caratteristiche della segmentazione indiretta.

Parmi inutile indicare la lunghissima serie di lavori che furono pubblicati sulla questione generale.

Nel 1883 venne dimostrato da Arnold (2), nelle cellule della midolla delle ossa, un altro modo di moltiplicazione cui diede il nome di frammentazione indiretta.

Illustrò poi ed estese in successivi lavori questo modo di moltiplicazione cellulare (3).

Anche sulla frammentazione indiretta apparve poi una quantità di lavori, che non è opportuno qui di enumerare. Mi limiterò soltanto a quello che riguarda l'origine e la moltiplicazione delle fibrocellule muscolari lisce.

Citato da Virchow (4) il Runge non trovò nei fibromiomi ipertrofia considerevole delle fibrocellule muscolari, constatò invece una insensibile transizione delle cellule rotonde alle fibrocellule muscolari e ciò in opposizione a quanto aveva asserito il Förster sulla segmentazione delle cel-

---

(1) W. Flemming. « Zellsubstanz, Kern-und Zelltheilung. » Leipzig. F. C. W. Vogel, 1882.

(2) Arnold. « Beobachtungen über Kerne und Kernetheilungen in den Zellen des Knochenmarkes. » Virchow's Arch. Bd. XCIII, Heft. I.

(3) I. Arnold. 2.° « Ueber Kern und Zelltheilung bei acuter Hyperplasie der Lymphdrüsen und Milz. » Virchow's Arch. Bd. XCV. — Id. 3.° « Weitere Beobachtungen über die Theilungsvorgänge an den Knochenmarkzellen und weissen Blutkörpern. » Virchow's Arch. Bd. XCVII. — Id. 4.° « Ueber Kerntheilung und vielkernige Zellen. » Virchow's Arch. Bd. XCVIII.

(4) Virchow, l. c. pag. 302-303.

lule muscolari, pur ammettendo che il tessuto connettivo potesse nello stesso tempo dar luogo ad una nuova formazione.

Il Virchow dubbioso fra i due non credeva impossibile una neoproduzione eteroplastica del tessuto muscolare liscio, quantunque lo sviluppo di questi tumori in organi muscolari preesistenti parli in favore del rapporto di essi colle antiche cellule muscolari.

Mai egli vide fibrocellule muscolari lisce in semplice divisione; osservò in molti miomi fibrocellule ipertrofiche ed in alcuni di essi riscontrò grandi focolai formati da cellule muscolari molto sottili che davano l'idea di una proliferazione. Ma questo fatto non è generale ed egli ad ogni modo dichiarasi impotente a sciogliere nettamente la questione.

Kölliker (1), Rindfleisch, Cornil e Ranvier ritennero la neoformazione dei muscoli lisci provenire da cellule speciali connettivali. Moleschott e Piso-Borne (2), Aeby, Neumann, Arnold, Gussenbauer (3), Jakimowitsch, Tizzoni (4) ed altri, dietro il risultato di studi sperimentali e di osservazioni istologiche, concludono che la neoformazione del tessuto muscolare liscio avviene per divisione diretta degli elementi muscolari preesistenti, a forma di biscotto, di forchetta, ecc. Durante (5), studiando l'infiammazione delle pareti vascolari prodotta da stimoli meccanici, termici e chimici, ha osservato alcuni fatti, che lo hanno condotto alla conclusione che una proliferazione di nuclei delle fibre muscolari lisce ed una divisione delle cellule fusiformi ha luogo in più piccola proporzione.

Trovò fibrocellule con 3-4 nuclei rotondi, ordinati parallelamente secondo il corso delle fibrocellule muscolari, ed altre molto ingrossate, divise in 2-5 parti da linee trasversali, oblique, od incurvate da risultarne una serie di corti cilindretti, di cui ciascuno contiene da uno a due nuclei.

Parlando poi dei fibromiomi, egli (6) ammette ancora la formazione

---

(1) Kölliker und Siebold. « Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie. » Bd. I, S. 50, 1849.

(2) Moleschott und Piso-Borne. « Untersuchungen zur Naturlehre. » Bd. IX, Heft. I, S. 5.

(3) Gussenbauer. « Ein Beitrag zur Lehre von dea Verbreitung des Epitelialkrebses. » *Archiv f. Klin. Chir.* Bd. XIV, Heft. III, S. 561, 1872.

(4) Tizzoni. « Studi ed esperimenti sulla genesi del tifo nell'acqua potabile. » Accademia di Medicina di Roma, 1879.

(5) Durante. « Untersuchungen über Entzündung der Gefasswände. » Med. Jahrbrücher von Stricker. Jahrg, 1871, Heft. III, S. 321.

(6) Durante. « Indirizzo alla diagnosi chirurgica dei tumori. » Roma 1876, pag. 506.

di fibrocellule muscolari lisce dalle preesistenti, non ritenendo la difficoltà di sorprenderle nella loro attività formativa, ragione sufficiente per escluderla.

Salvioli ha pure osservato la divisione dei nuclei delle fibrocellule muscolari lisce in 2, 3, 4 ed ancora 5 chiari nuclei, invece non riscontrò mai la divisione del corpo cellulare.

Ritschl (1), Stilling e Pfitzner (2), Busachi, studiarono tutti sperimentalmente la questione e concordano nell'ammettere la neoformazione dei muscoli lisci da divisione indiretta delle fibrocellule muscolari preesistenti. Ancora in un fibromioma uterino Busachi (3), osservò figure cariocinetiche ma in piccolo numero, ciò che egli mette in rapporto colla lentezza di sviluppo del tumore clinicamente constatata.

I due nuclei figli presentano la rete di filamenti cromatici debolmente colorata, coi punti nodali tinti assai più intensamente, come è stato detto presentarsi la maggior parte dei nuclei delle fibrocellule nei neoplasmi esaminati.

Oltre queste forme si riscontrano di sovente nelle fibre muscolari nuclei molto colorati, i quali devono distinguersi con molta circospezione da quelli delle cellule endoteliari dei vasi sanguigni e delle cellule del tessuto connettivo, che si trova riccamente distribuito nei tumori.

Soltanto la sostanza cellulare può far portare un giudizio sicuro, benchè i nuclei endoteliari e connettivali si distinguano da quelli muscolari per una speciale marcatezza del contorno (fig. XI). Ora questi nuclei molto intensamente colorati, in cui è difficile la distinzione dei filamenti cromatici e dei punti nodali, che sembrano più grossi, vanno dalla forma di biscotto e da quella di due figure porriformi riunite da un sottile peduncolo, a quella di una divisione completa.

In alcuni casi il nucleo si divide in tre porzioni mostrando due strozzature nella sua lunghezza (fig. X *c. e*).

---

(1) Ritschl. « Ueber die Heilung von Wunden des Magens, Darmscanals und Uterus mit besonderer Berücksichtignung des Verhaltens der glatten Muskeln. » Inaug. Diss. f. Gottingen.

(2) Stilling und Pfitzner. « Ueber die Regeneration der glatten Muskeln. » *Arch. f. Mikr. Anatomie.* Bd. XXVIII.

(3) Busachi. « Ueber die Neubildung von glatten Muskelngewebe (Hypertrophie und Hyperplasie. Regeneration, Neoplasie). »

In rarissimi casi ho potuto scorgere nelle fibrocellule muscolari in divisione, filamenti incolori, riunenti le porzioni del nucleo separate.

Per quanto diligenti sieno state le mie ricerche per sorprendere figure di segmentazione indiretta, le quali, al dire del Busachi (1), dopo essere state cercate invano in molte sezioni, si trovano numerose in alcune, ho potuto appena rinvenirne nel numero di dieci o dodici nell'attenta osservazione di oltre 500 preparati microscopici, tolti da differenti parti dei tumori, e per la maggior parte trattavasi di forme glomerulari (Knäuelformspirem, 2.ª fig. di Flemming), (fig. XII *a. e.*) Attorno al gomitolo esisteva una zona chiara ed il protoplasma mostravasi granuloso.

Brigidi e Tafani (2) in un leiomiomioma cutaneo osservarono i nuclei delle fibrocellule aumentati di volume con molteplici intaccature a profondità diversa, in corrispondenza delle quali pareva che i nuclei avessero soggiaciuto a torsione. Osservarono inoltre in corrispondenza delle intaccature medesime assottigliamenti del corpo cellulare.

Tutto ciò mostrava in questo caso trattarsi di vera frammentazione diretta del nucleo delle fibrocellule muscolari, dalla quale proveniva la neoformazione delle fibrocellule stesse.

Nei preparati microscopici da me osservati, i nuclei si presentano di figura e dimensioni diverse, ma non si apprezzano differenze notabili per i nuclei delle fibrocellule dei tumori e quelli delle fibrocellule del tessuto uterino che forma involucro ai tre tumori intramurali; anche nel tessuto uterino, i nuclei hanno forma e dimensioni differenti. La maggior parte di questi nuclei hanno forma ovoidale (fig. VII) allungata od a bastoncello con estremi arrotondati; presentano una rete di sottili filamenti cromatici con punti nodali più intensamente colorati. Altri nuclei sono più sottili ed ancora più fortemente colorati. Altri infine si riducono ad uno stretto e lungo bastoncello, che si mostra riccamente imbevuto di sostanza colorante e dove non è più possibile distinguere filamenti cromatici (fig. VIII). Tutti questi nuclei sono della lunghezza varia di 22 μ. a 47 μ. Qualche volta è dato incontrare nuclei più grandi e giganteschi.

---

(1) Busachi. L. c.

(2) Brigidi e Tafani. « Della moltiplicazione nucleare studiata nei neoplasmi. ecc. » *Sperimentale*, Maggio 1886.

Nella prima forma di nuclei sovente si possono osservare dei solchi molteplici di divisione da dar luogo ad una specie di gemmazione simile a quella descritta da Brigidi e Tafani (1) (fig. IX).

In alcuni casi ho potuto osservare nella stessa fibra muscolare la presenza di due nuclei in contatto, talora per un tratto di discreta ampiezza, talora per un tratto sottilissimo, ed una volta osservai ancora un nucleo della lunghezza di 36 μ., diviso in due parti ovoidee, presso a poco eguali, distanti 13 μ. fra di loro e riunite da un esilissimo filamento cromatico rettilineo, chiarissimamente dimostrabile; in altre fibre notai infine due nuclei completamente distinti (fig. X).

In soli due casi i filamenti cromatici erano conformati a stella. (Sternform, aster. 3.ª fig. di Flemming) (fig. XII, *b*).

Soltanto una volta ho potuto sorprendere un diastro (fig. XII, *d*) (Sternform, dyaster 5.ª fig. di Flemming).

Infine notai ancora una sola volta una fibrocellula in via di avanzata divisione, la sostanza cellulare della quale era riunita da un tratto sottile di protoplasma; in ciascuna fibra figlia trovavasi un nucleo a forma di stella secondo la citata 3.ª fig. di Flemming (fig. XII, *c*.)

In tutte queste forme di scissione indiretta il protoplasma granuloso lasciava un'aja chiara tutto all'intorno del nucleo.

In ultimo mi venne fatto di osservare alcune fibrocellule muscolari, nelle quali il nucleo presenta una singolare disposizione ne'suoi filamenti, non mai descritta. Sono questi disposti verticalmente all'asse maggiore della fibra e paralleli fra di loro a guisa dei dischi di una pila voltaica, aggruppati in due pacchetti polari fra i quali trovasi uno spazio chiaro di considerevole ampiezza (fig. XIII) (2).

Nelle cellule endoteliari dei capillari sanguigni e in cellule endo-

---

(1) Brigidi e Tafani. L. c.

(2) Dopo avere scritto il presente lavoro furono da me esaminati altri cinque tumori uterini estirpati dal prof. Ceci mediante laparotomia. Quattro erano fibromiomi come i tumori qui tolti in esame; il tessuto fibroso era più o meno largamente unito ai fasci di fibrocellule; il quinto invece era pressochè un mioma puro a lento sviluppo (6 anni).

Questo tumore del peso di oltre 7 chilogrammi, sottoperitoneale, totalmente aderente con l'omento, le anse intestinali ed il mesenterio, era più nutrito dalle aderenze che dal peduncolo. Nei 4 fibromiomi il reperto microscopico nei tagli colorati coi metodi riferiti, anche per ciò che riguarda la moltiplicazione cellulare, non fu dissimile da quello descritto pei 6 primi tumori.

Riguardo al quinto ultimo tumore (mioma puro), *mi venne fatto di trovare frequenti figure cariocinetiche delle fibrocellule, benchè le forme di scissione e frammentazione dirette fossero in esse prevalenti.*

telioidi degli spazi connettivali dei tumori (in un luogo vidi cellule cubiche schiacciate, a serie, come quelle descritte da Ranvier nei fasci tendinei) i nuclei sono imbevuti fortemente di sostanza colorante e mostrano spesso forme di orologio a polvere, di bisaccia ed ancora gemmazioni laterali raramente riunite da filamenti incolori (fig. XV, *a.*) da rappresentare forme di scissione e frammentazione diretta e alcune di frammentazione indiretta secondo le figure date da Arnold (fig. XI e fig. XIV).

Infine i leucociti, che trovansi nell'interno dei vasi, sono fortemente colorati, sovente polinucleati e in molti di essi si possono scorgere i nuclei in frammentazione indiretta con filamenti incolori tra i nastri cromatici, simili alle figure 38, 39, 40 rappresentate nelle tavole di Arnold (1) (fig. XV).

In alcuni luoghi i nuclei delle fibrocellule muscolari hanno alterata la loro elegante apparenza reticolare descritta e mostrano grossi accumuli di sostanza colorante. In un grado più avanzato di questa alterazione il nucleo perde del tutto la nota struttura e si riduce ad informi accumuli di sostanza cromatica; e in un' alterazione avanzatissima si riduce a granuli di cromatina disposti secondo una linea presso a poco della lunghezza del primitivo bastoncello nucleare.

Questo processo di cromatolitosi o decostituzione nucleare si può ottenere artificialmente, come mi è riuscito in un esperimento eseguito per un altro scopo.

Ho immesso nella cavità peritoneale di alcuni conigli frammenti di fibromiomi della grandezza di un centimetro cubico circa ed ho uccisi gli animali a diversi periodi di tempo.

Estratti i pezzi, induratili in alcool e fattine i tagli, si nota nelle sezioni, che mentre alla periferia ha luogo un' invasione di leucociti, nella parte centrale vedonsi nuclei di fibrocellule muscolari presentanti tutte le fasi della decostituzione nucleare descritta.

Ora l' aver io trovato solo dieci volte in un numero grande di preparati osservati colla più scrupolosa diligenza, forme di scissione indiretta, mi fa pensare che questo modo di moltiplicazione *non rappresenti la regola* nell' accrescimento dei fibromiomi.

---

(1) I. Arnold. « Ueber Kern-und. Zelltheilung. bei acuter Hyperplasie der Lymphdrüsen und Milz. » L. c.

Dell'assenza delle mitosi potrebbe esser ragione il lento sviluppo di questi neoplasmi, come è stato affermato dal Busachi, ma il quinto tumore, dove lo sviluppo è stato relativamente rapido, non ha dato reperto dissimile agli altri.

Non può neppure incolparsi la tecnica adoperata, perchè in tal caso non si sarebbero fatte evidenti neppure quelle pochissime forme di cariocinesi, che ho descritte.

D'altra parte nel terzo tumore vedevansi nell'epitelio di rivestimento e glandolare dell'endometrio, collo stesso trattatamento, numerosissime forme di mitosi (fig. XVII *a*, *b*, *c*, *d*) mentre sullo stesso taglio non se ne scopriva alcuna nel tessuto muscolare e fibroso del neoplasma.

Per cui il reperto da me descritto mi spinge ad ammettere che per le fibrocellule muscolari di nuova formazione nei fibromiomi dell'utero, la moltiplicazione avvenga massimamente per una specie di scissione diretta ed anche di frammentazione diretta delle fibrocellule (come deve interpretarsi quella descritta da Brigidi e Tafani in un leiomioma cutaneo, e come da me è già stata notata per alcune fibrocellule dei neoplasmi, che formarono oggetto delle mie osservazioni).

Ma vi è un altro reperto, che è qui appunto il luogo di descrivere e che può far sorgere altri dubbi in proposito.

In alcuni luoghi delle sezioni dei tumori descritti, ed anzi spesso attorno ad un vaso sanguigno, si trovano numerosi e stipati elementi con caratteri di cellule connettivali giovani, cioè a dire con nucleo rotondo od ovoide, a contorni molto determinati, con contenuto granulare ricco di cromatina, con corpo cellulare ovoide o fusiforme. Man mano che ci si allontana da questi focolai connettivali, il nucleo si fa sempre più ovale, finchè raggiunge gradatamente la forma di bastoncello meno colorato, il quale progredendo ancora rende più distinto, nel mentre si fa più pallido, il suo reticolo nell'interno; si passa insomma a vere fibrocellule muscolari, e da ciò potrebbe nascere il dubbio che nei fibromiomi le fibrocellule muscolari traggano origine anche dal tessuto connettivo giovane di questi focolai di produzione.

Non è facile, anzi secondo alcuni è impossibile, distinguere un elemente muscolare di nuova produzione da una fibrocellula connettivale; a me pare tuttavia che la delicata rete nucleare coi punti nodali sporgenti sia tutt'affatto caratteristica delle fibrocellule muscolari. Vero è

che, come ho descritto, vi sono fibrocellule con nucleo bastoncelliforme ed alcune volte persino filiforme ricco di materia colorante granulare; ma si potrebbe domandare: rappresentano questi elementi uno stadio d' incompleta formazione delle fibrocellule del neoplasma o meglio ancora d' incompleta differenziazione?

Ammessa, per un momento, come normale l'origine delle fibrocellule muscolari in questi neoplasmi dal tessuto connettivo giovane perivascolare nei focolai di produzione suddetti, non sarebbe da meravigliare che le fibrocellule muscolari neoformate potessero poi andar soggette in seguito ai processi della comune scissione indiretta e presentare mitosi per speciali irritazioni non determinabili in alcuni luoghi del neoplasma.

Lo stesso potrebbe dirsi per le forme di scissione e frammentazione dirette più sopra descritte, in quanto che bisogna fare una distinzione fra la *prima produzione* e la *successiva moltiplicazione* delle fibre muscolari liscie in un fibromioma.

Potrebbesi con questo ragionamento ammettere che la produzione la quale provvede regolarmente all' incremento del tumore avvenga per un processo atipico di metaplasia connettivale e che precisamente questa atipicità di produzione dia al tessuto muscolare neoformato le caratteristiche di neoplastico.

Ma contro questa opinione stanno gli argomenti recenti del Klebs (1), il quale, dalle ricerche embriologiche, specialmente del Rabl, che dimostrò l' origine della sostanza muscolare da un punto ben limitato della vertebra primitiva ed in un piano nettamento diviso dal piano connettivale, dando poi luogo a propaggini carnose per le estremità, trae conferma delle ipotesi sulla rigenerazione muscolare, già da lui sostenuta contro le conclusioni del Wittich che ammetteva la rigenerazione delle fibre muscolari dal tessuto connettivo.

I tumori di tessuto muscolare nascono in seno a sostanze muscolare, come già il Virchow aveva notato, ed in quei casi in cui se ne discostano, trattasi di sviluppo di germi muscolari separati. Il Klebs crede per lo meno inverosimile uno sviluppo eterologo dalla sostanza muscolare e ritiene pienamente provata la legittima produzione delle cellule ancora nello sviluppo dei tumori muscolari.

---

(1) E. Klebs. « Lehrb. der Allg. Pathologie. » II Theil. S. 699.

Per ciò che riguarda l'accrescimento successivo dei fibromiomi dell'utero, segue le indagini del Kleinwächter.

Questi trovò nei piccoli miomi dell'utero, non ancora completamente delimitati, una specie di picciuolo muscolare, che egli fa procedere da un vaso, che si riscontra costantemente nel centro, come si può dimostrare colle iniezioni colorate, ma meglio ancora colle sezioni seriate dopo inclusione in paraffina.

Questo primo vaso si tramuterà nel tronco arterioso principale dei miomi più grandi e dalla periferia di esso germoglieranno nuovi capillari, sulle cui traccie andranno disponendosi le fibrocellule muscolari di neoformazione. Le cellule rotonde, che ancora qui compaiono, sarebbero, secondo Klebs, da considerarsi come formatrici della sostanza connettivale, quali fibroblasti. A questo proposito faccio notare come nel connettivo dei tumori da me osservati, la neoformazione avviene per frammentazione indiretta ed eccezionalmente per scissione diretta e per frammentazione diretta.

Il Klebs paragona lo sviluppo di questi neoplasmi ad una proliferazione di vasi, i quali crescerebbero in un modo, per così dire, iperplastico, ognuno colla massa muscolare e connettivale che gli appartiene.

Sotto questo aspetto sarebbero molto interessanti, il Klebs aggiunge, per lo sviluppo dei leiomiomi, quelle forme osservate nelle vene una volta da Aufrecht ed un' altra da Böttcher, in cui lo strato muscolare ispessito era percorso da nastri fibrosi variamente intrecciati.

Il fatto clinico più culminante, che presentava il quarto tumore, era l'emorragia, la quale diede l'indicazione per l'estirpazione del neoplasma.

Per questa ragione io ho voluto ricercare in esso più attentamente che in altri le condizioni anatomiche dell'endometrio, il quale aveva raggiunto in qualche luogo lo spessore di 12 mm. Esiste uno strato superficiale emoraggico; tanto nello strato superficiale come nel profondo esistono numerosissime figure cariocinetiche nelle cellule epiteliari, le quali mostrano il loro nucleo in tutte le fasi di scissione indiretta (fig. XVII).

Le glandole dell'endometrio sono numerose ed ipertrofiche; il tes-

suto connettivo periglandolare e della mucosa presenta, per l'estrema abbondanza di elementi giovani, per la ricchezza dei vasi, quello stato descritto da Olshausen nella endometrite fungosa.

Anche nelle cellule così proliferate del connettivo sono frequenti le figure cariolitiche; però i limiti fra lo strato glandolare ed il tessuto muscolare sono netti e nelle glandole ipertrofiche non esiste alcuna tendenza a prolificare nel profondo.

In alcuni punti osservasi una chiara degenerazione cistica delle glandule stesse.

Avendo questi fatti un altissimo interesse clinico, hanno dato luogo a numerose discussioni dal lato specialmente operativo dei fibromiomi ed hanno spinto gli istologi a minutissime indagini al proposito.

Già il Martin (1) nel 1877 scriveva che in seguito ad irritazione, la quale ha luogo ancora per i miomi intraparietali, avviene una forte iperplasia dell'endometrio con grande sviluppo dell'apparato glandulare. Il volume della mucosa può presentare fino lo spessore di 2 cm. e le glandule della mucosa circostante subiscono una degenerazione cistica; oppure avviene un'iperplasia del tessuto interglandulare, che conduce a forme complicate di tumori (2).

Ma gli studi più recenti al riguardo sono quelli del Wyder (3). Questi, dopo esposti gli studi del Gusserow, dello Schröder e segnatamente del Campe, che fu il primo ad osservare che l'endometrite glandulare è una conseguenza dei miomi, fa notare come egli abbia sempre trovato una considerevole alterazione della mucosa, specialmente dello strato glandulare di essa.

La parte corrispondente al tumore era sempre molto ingrossata rispetto a quella che stava all'intorno, ed al microscopio si potevano vedere le glandule, enormemente cresciute in numero, quali a guisa di zaffi tortuosi, quali enormemente dilatate, non però in degenerazione cistica.

L'epitelio delle glandule e l'epitelio superficiale esistono in parte solamente. Il tessuto interglandulare è poco modificato; talora divenuto

---

(1) MARTIN. « Path. und. Terapie der Frauenkrantkh. » P. 266.

(2) SCHROEDER. *Handbuch*, VII, p. 228.

(3) WYDER. « Die Mucosa Uteri bei Myomen. » *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXIX, S. 1.

fortemente fibrillare, divideva solo per pochi e sottili fascetti la mucosa dal tessuto sottostante. Quanto più è spesso il rivestimento muscolare, che divide il fibromioma dalla cavità uterina, tanto meno è in istato d'influenzare i rapporti circolatori della mucosa. Quanto più si accosta all'interno, tanto maggiormente cresce il connettivo interglandulare che può lasciare intatto il corpo delle glandule, ma che può ancora distruggerle completamente.

Di fondamentale importanza è il rapporto dello strato glandulare della mucosa col tessuto muscolare sottostante.

V. Campe trovò questi confini molto irregolari e che alcuni tumori glandulari eransi sviluppati profondamente nel tessuto muscolare. Ciò non fu mai riscontrato dal Wyder, il quale vide limiti sempre ben netti, accertabili ancora macroscopicamente, ed in cinque casi in cui la mucosa raggiungeva lo spessore di 10 mm. erano mancate emorragie patologiche e menstruali. In altri casi le glandule sviluppatesi un po' più profondamente non sorpassavano i limiti, in cui si possono osservare ancora in mucose affatto normali. Pertanto egli conclude che non sempre una endometrite conduce ad emorragia, specialmente poi se l'infiammazione è localizzata alle glandule lasciando intatto il tessuto interglandulare o facendolo per poco partecipare al processo.

Però non appena tutte e due le parti e perciò anche i vasi si accrescono (endometrite fungosa di Olshausen), oppure se l'una o l'altra parte prepondera eccessivamente, od infine se vicino ad una endometrite glandulare da una parte esiste una pronunciata endometrite interstiziale dall'altra, allora avvengono le emorragie.

Imperocchè, egli dice, se esiste solo un moderato sviluppo glandulare senza partecipazione del connettivo e dei vasi, non vi sarà emorragia perchè le glandule, che sole sono lese, non danno sangue.

Se invece l'accrescimento glandulare è enorme, può avvenire una compressione dei vasi specialmente venosi, i quali per forte iperemia passiva dei capillari possono dare emorragia.

Per le stesse ragioni avvengono le anormali perdite di sangue quando vi ha preponderante sviluppo del connettivo interglandulare.

Quando poi vi è endometrite glandulare da una parte ed interstiziale dall'altra, la stasi e le iperemie collaterali spiegano le emorragie.

Infine nell'endometrite fungosa di Olshausen, essendovi aumento notevole di tutti i tessuti e quindi ancora dei vasi, è naturale che av-

vengano nelle mestruazioni congestioni più considerevoli e quindi copiose emorragie.

Il luogo di queste emorragie fu generalmente trovato all'infuori della mucosa assottigliata dal tumore; però Wyder crede che la relativa ricchezza di vasi ancora in questo tratto della mucosa, come egli potè constatare più volte, debba avere una qualche importanza per le metro e rispettivamente per le menorragie.

Clinicamente importanti sono poi le conclusioni che l'autore fa a proposito della pretesa trasformazione dei fibromiomi nei carcinomi.

Non avendo mai trovato sviluppo glandulare per entro la muscolatura uterina, nemmeno in quei casi in cui le glandule erano enormemente ipertrofiche, e dippiù essendo straordinariamente raro un puro accrescimento glandulare senza alcuna partecipazione del connettivo, il quale crescendo a sua volta si rende pernicioso all'ulteriore sviluppo delle glandule e quindi ancora all'esistenza di un carcinoma, dà piena ragione a coloro, i quali sostengono che i miomi proteggano da degenerazioni carcinomatose.

In quasi tutti i tumori da me osservati si trova una quantità considerevolissima di *Mastzellen* sparse nel tessuto connettivo. Questi elementi, che raggiungono in alcuni casi un volume enorme, sono, come di solito, di figura piatta, presentano un nucleo scolorato ed il protoplasma ricchissimo di granuli, che si colorano fortemente e che oltrepassano spessissimo il limite cellulare, di modo che questi elementi danno l'idea come luoghi di precipitazione di detti granuli cromatofili (fig. XVIII *a. b. c.*).

Il lungo soggiorno dei tagli nell'etere non impedisce la colorazione delle *Mastzellen* ed in quelle sezioni ottenute dai pezzi induriti nel liquido di Flemming, si scoprono fra i granuli colorati alcune goccioline nere di adipe, le quali si rinvengono ancora nei tagli eseguiti sui pezzi induriti in alcool e trattati poi colla soluzione osmica senza altra colorazione.

Fu Ehrlich, che pel primo mise in evidenza coi colori basici di anilina, alcune cellule con protoplasma costituito da granulazioni irregolari, impregnate fortemente di colore, resistentissime agli acidi. Esse si sviluppano dai corpuscoli congiuntivi e riscontransi specialmente nell'in-

testino; si moltiplicano per sovrabbondanza di nutrizione risultante sia in un' infiammazione cronica, sia in una indurazione bruna, sia infine in neoplasmi donde il nome ch' egli diede loro di *Mastzellen.*

Rosenheim (1) le trovò nei centri nervosi e nei nervi dell'uomo allo stato fisiologico. Esse non appariscono in questi organi se non oltre il quinto anno di vita ma non sono numerose che oltre l'età matura. Il loro numero aumenta considerevolmente in certe circostanze patologiche; così furono riscontrate in un caso di nevrite multipla. Riscontrandosi esse nel sistema nervoso prima del quinto anno di vita, oppure trovandosi anche in gran copia in soggetti che non oltrepassano l'età matura, si ha la prova dell'esistenza di un disturbo nutritivo.

Beherens (2) constatò, sul fondamento di una grande serie di ricerche, che la quantità di *Mastzellen* che si trova nel tessuto connettivo patologico dipende dall' età e dalla ricchezza cellulare del tessuto. Nel tessuto di granulazione giovane si trovano soltanto in piccolo numero. In quello un po' più antico e già in trasformazione fibrillare si incontrano in più abbondante quantità, mentre che nelle cicatrici antiche e nel tessuto fibroso povero di cellule, s' incontrano soltanto in piccolo numero. Nei tumori questa regola è mantenuta. Nello stroma del carcinoma e nel connettivo del fibromioma si trovano molte *Mastzellen.* Nei sarcomi e nei tumori sarcomatosi misti la loro quantità varia collo sviluppo del connettivo intercellulare. Nei sarcomi a rapidissimo sviluppo con quantità minima di tessuto connettivo interstiziale, le *Mastzellen* fanno assolutamente difetto.

Poljakoff (3) dice che le *Mastzellen* sono cellule adipose atrofiche.

Come per i carcinomi, in cui le ricerche dello Scheurlen ed altri vollero dimostrare l'esistenza di un microrganismo patogeno, Gallippe e Landouzy (4) per i fibromiomi credettero trovare microrganismi caratteristici.

---

(1) Rosenheim. « Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Mastzellen in Nervensystem der Menschen. » *Fortschritte der Medicin.* Bd. V, S. 307.

(2) Beherens. « Ueber das Vorkommen von Mastzellen in pathologischen Bindgewebe. » Diss. Halle.

(3) Poljakoff. « Iahresbericht. etc. » Iahrg. XXIII, Bd. I, S. 54.

(4) Gallippe et Landouzy. L. c.

Io pure coltivai, immergendoli in agar-agar, alcuni frammenti tolti, colle precauzioni asettiche volute, dal secondo dai fibromiomi esaminati, non tanto nell'intento di ottenere colonie bacteriche nella sostanza di cultura, la importanza delle quali, per le molteplici cause di errore, che non credo profittevole di enumerare, mi sembrava assai piccola, quanto per vedere se nell'interno dei frammenti stessi del neoplasma, dopo il soggiorno conveniente nelle sostanze di cultura, avvenisse lo sviluppo di bacteri.

Inoltre inoculai diversi frammenti di neoplasmi nella cavità peritoneale di alcuni conigli.

Per riguardo alle culture, dopo 24-48 ore era apparso nell'agar-agar un opacamento diffuso a guisa di nubecola attorno ai pezzetti di neoplasma immersivi. Al microscopio appariscono composte di microrganismi sferici simili a stafilococchi ed altri a piccoli e corti bacilli. Dai frammenti estratti, dopo averli induriti in alcool assoluto, furono eseguiti i tagli al microtomo, i quali furono trattati parte col metodo di Gram, parte colorati col liquido di Ehrlich secondo il metodo di Bizzozero. È mirabile come in tutti questi preparati si sia conservata la forma degli elementi anatomici del tumore e come si siano ottenute bellissime colorazioni nucleari.

Soltanto all'orlo dei tagli esisteva uno strato di organismi inferiori di diversa specie, cioè a dire micrococchi isolati (come stafilococchi), diplococchi e bastoncelli molto sottili ed assai corti.

Nell'interno dei tagli, per quanto diligente fosse l'osservazione, non mi fu fatto di vedere lo sviluppo di microrganismi. Tali organismi sviluppati alla periferia dei pezzi coltivati sono evidentemente accidentali e senza importanza.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. I. Fig. II. — Modelli ottenuti iniettando la lega di Darcet nelle cavità del 2.º tumore *(Fibromioma edematoso)*.

Fig. III. (Oc. 1. Obb. A. Zeiss). — Sezione di cisti di rammollimento del 1.º tumore. La cavità è limitata da pareti irregolari con lacinie sporgenti. La cisti rappresenta un lobulo mortificato del neoplasma; per tre quarti della sua circonferenza è contornato da altri lobuli in via di disfacimento (*tm. tm. tm.*), gli elementi dei tessuti dei quali non s'imbevono di sostanza colorante; pel quarto restante la cavità è contornata da tessuto vivente (*tv*).

Fig. IV. (Oc. 2. Obb. D. Zeiss). — Sezione di cisti linfangectasica con rivestimento endoteliale.

r. e. Rivestimento endoteliale.

f. c. m. Fibrocellule muscolari.

Fig. V. (Oc. 2. Obb. A. Zeiss). — Sezione di cisti linfangectasica priva di rivestimento endoteliale.

Fig. VI. (Oc. 1. Obb. A. Zeiss). — Sezione del 2.º tumore *(Fibromioma edematoso)*.

c. Cisti.

cl. Lacinie connettivali.

c. e. Connettivo edematoso.

l. Lobuli fibromuscolari.

a. Arterie.

v. Vene.

Fig. VII. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. Nucleo di fibrocellula muscolare normale col caratteristico reticolo.

b. Sezione trasversa di nucleo di fibrocellula muscolare normale col caratteristico reticolo.

Fig. VIII. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. Nuclei di fibrocellule muscolari, sottili, ricchi di sostanza cromatica con reticolo poco evidente.

b. Idem in divisione diretta.

Fig. IX. (Obb. 1[18 di pollice immersione omogenea Zeiss, Oc. 3). — Nuclei di fibre muscolari assai pallidi in frammentazione diretta.

Fig. X. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. Nuclei di fibrocellule muscolari in divisione diretta: il contorno cellulare non presenta solcature.

b. Nucleo di fibrocellula muscolare con strozzamento nel mezzo (*divisione diretta*).

c. Nucleo di fibrocellula muscolare con due strozzamenti *(frammentazione diretta).*

d. Due nuclei figli di fibrocellula muscolare con caratteristico reticolo, uniti da sottile filamento *(divisione diretta).*

e. Tre nuclei figli di fibrocellula muscolare con caratteristico reticolo uniti da filamenti.

f. Fibrocellula muscolare con *due nuclei* e senza strozzamento del contorno cellulare.

g. Due fibrocellule muscolari figlie con nuclei a reticolo caratteristico, non ancora completamente distaccate.

h. i. Nuclei a forma di bisaccia di fibrocellule muscolari a caratteristico reticolo.

Fig. XI. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. b. c. Cellule endoteliali in divisione diretta.

d. Cellula endoteliale col nucleo presentante due strozzamenti.

e. Cellula in divisione con nucleo a bisaccia, non si vedono filamenti.

Fig. XII. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. e. Nuclei di fibrocellule muscolari a forma di glomerulo.

b. Nucleo di fibrocellula muscolare a forma di stella.

c. Nuclei figli di fibrocellula muscolare a forma di stella.

d. Forma a *diaster* di nucleo di fibrocellula muscolare.

Fig. XIII. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3). — Fibrocellula muscolare con nucleo, i cui filamenti sono disposti a strati come gli elementi di una pila voltaica: havvi uno spazio chiaro nel mezzo.

Fig. XIV. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. b. c. Cellule endoteliali con nuclei in frammentazione indiretta. Sono poco evidenti i filamenti.

Fig. XV. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. Cellula endoteliale in frammentazione indiretta, sono evidenti i filamenti chiari.

b. c. d. e. f. g. Leucociti presentanti varie forme evidentissime di frammentazione indiretta.

Fig. XVI. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

a. b. c. d. Nuclei di fibrocellule muscolari in cromatolitosi.

Fig. XVII. (Obb. 1[18 di pollice immersione omogenea Zeiss, Oc. 3). — Cellule epiteliali dell'endometrio con varie forme cariocinetiche:

a. b. Diastri.

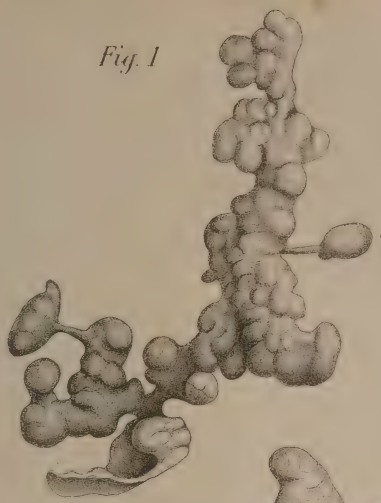
c. Stella.

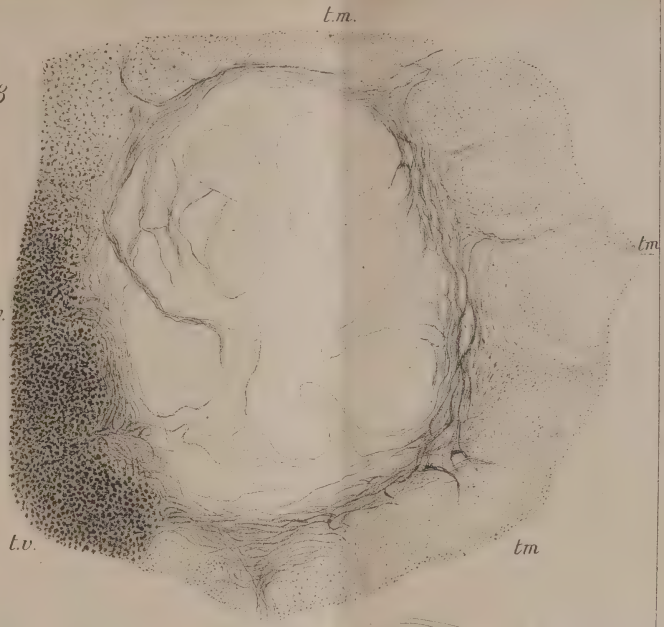
d. Piastra equatoriale.

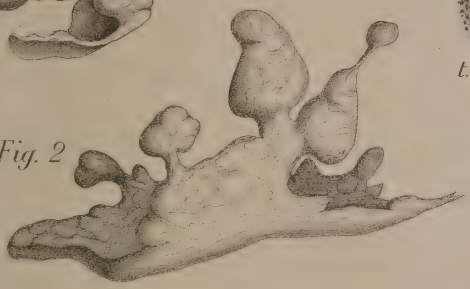
Fig. XVIII. (Obb. 1[18 di pollice, immersione omogenea Zeiss, Oc. 3).

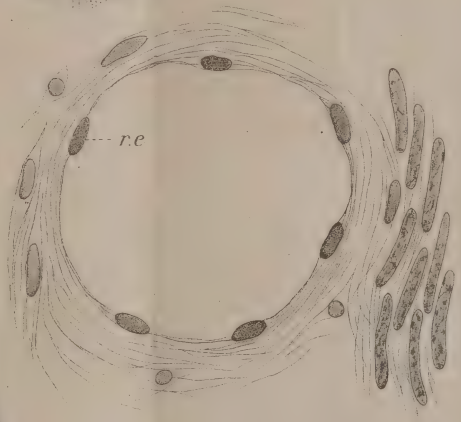
a. b. c. Diverse forme di Mastzellen.

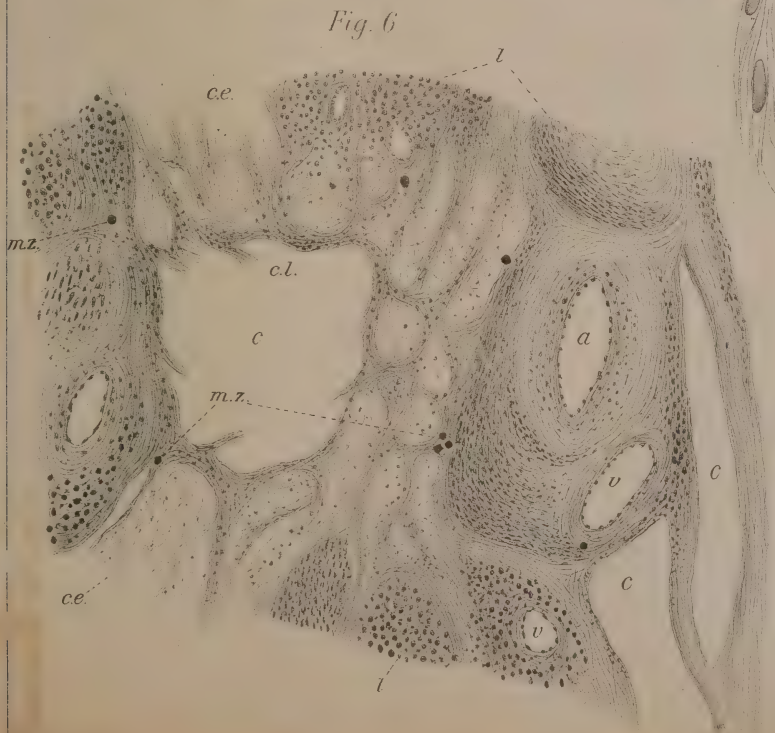
d. Cellula endoteliale squammiforme quadrata come quella dei tendini.











Dr. Ceci dis.

Torino, Lit. Salussolia

25 SEP 91

Dr Ceci dis.

Torino, Lit. Salussolia

5 SEP 91

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Un caso singolare di aborto criminoso

NOTA CLINICA
DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO (Napoli).

N. N., di anni 25, della provincia di Napoli, di buona costituzione, gravida per la prima volta, si recò nel corso del 3.° mese di gestazione a consultare una levatrice, la quale, trattandosi di concepimento illegittimo, le fece delle manovre nelle vie genitali, a causa delle quali la paziente andò incontro immediatamente ad una notevole perdita di sangue e ne' giorni che seguirono espulse il feto e le secondine.

In capo a circa 8 giorni da quello in cui fu perpetrato lo aborto, ai 15 di aprile del 1888, la donna si presentò all'ambulatorio ginecologico annesso alla R. Clinica Ostetrica di Napoli. Narrò quanto ho esposto, ma non seppe riferir nulla di preciso, come sovente accade in questi casi, intorno alle pratiche fatte dalla levatrice per procurarle l'aborto. Il dott. N. Postiglione (1) che in quel giorno era addetto al dispensario per le consultazioni, trovò con l'esame obbiettivo i fatti seguenti: temperatura sub-febbrile — addome leggermente meteorico — dolenza all'ipogastrio — colo di un liquido siero-sanguigno in discreta copia dai genitali. L'utero era poco più grosso del normale, dolente alla pressione fatta con l'esame bimanuale. Nel fornice vaginale posteriore esisteva un corpo sporgente per circa 1 1[2 cent., spesso all'estremo circa 1 cent., di consistenza dura e a superficie lievemente scabra. Avendo sospettato trattarsi di un corpo estraneo, il dott. Postiglione, previa disinfezione della vagina, introdotta sulla guida del dito una pinza da medicatura,

(1) Colgo volontieri quest'occasione per ringraziare anche pubblicamente il dott. N. Postiglione per la cortesia usatemi nel fornirmi i particolari del presente caso, la cui pubblicazione mi è stata gentilmente permessa dal mio maestro, prof. O. Morisani, al quale pertanto porgo qui i più sentiti ringraziamenti.

afferrò l'anzidetta sporgenza e con moderate trazioni portò fuori un corpo, di forma cilindro-conica, semi-rigido, lungo circa 12 cent., del diametro di 1 cent. circa in corrispondenza della base, che era la parte protuberante in vagina. Il corpo in discorso fu subito riconosciuto per una radice fittonata, legnosa. Nel punto del fornice, d'onde il suddetto corpo era stato rimosso, residuò una soluzione di continuo, di forma tondeggiante, a margini frastagliati, in cui potè appena essere insinuato l'estremo del dito. Disinfettata poscia accuratamente la vagina ed applicato uno zaffo di ovatta spalmato di glicerina fenicata contro il fornice posteriore, si consigliò alla paziente di farsi rivedere nell'ambulatorio fra una diecina di giorni, e frattanto di tenersi in riposo, praticando due volte al giorno delle lavande vaginali con soluzione di bicloruro di mercurio (1 : 1000).

Trascorsi 8 giorni, ripresentatasi la donna al dispensario, insieme con la scomparsa della perdita siero-sanguigna dai genitali e con la cessazione della lieve febbre constatatasi nella prima visita, si rilevò il rimpicciolimento del volume dell'utero, che era ritornato pressochè alle dimensioni normali e si mostrava appena sensibile alla pressione fatta con l'esame combinato. Nel fornice vaginale posteriore si trovò una soluzione di continuità molto più angusta, a margini più regolari, attraverso la quale la sonda uterina potè addentrarsi senza grande difficoltà in senso antero-posteriore, con la concavità rivolta in alto, pel tratto di 3 cent. circa. Disinfettata nuovamente la vagina e applicato un batuffolo di ovatta spalmato di glicerina fenica contro il fornice posteriore, si raccomandò alla donna di continuare per qualche altro giorno l'uso delle lavande vaginali al sublimato e di tornare ancora una volta nell'ambulatorio, ma non vi si fece più rivedere.

Questo caso mi è parso abbastanza interessante e però degno di essere reso di pubblica ragione per la sua speciale impronta clinica. Questa specialità è fatta dall'insieme dei seguenti particolari:

a) Impiego di una radice fittonata dai caratteri assegnati per provocare l'aborto a scopo criminoso.

b) Perforazione del fornice vaginale posteriore da parte del suddetto strumento, e permanenza dello stesso nell'accennata località per lo spazio di circa 8 giorni.

c) Come conseguenza di tutto ciò: aborto e un lieve stato irritativo del peritoneo uterino.

a) In generale, nella pratica dello aborto criminoso si è dovuto far ricorso abbastanza di rado alle varie sorta di radici, come mezzo

meccanico atto ad essere insinuato nella cavità uterina, visto che un tal mezzo da moltissimi scrittori di medicina legale non viene annoverato nella lista di quelli più comunemente usati a perpetrare il crimine in quistione. Nè, ad infirmare quanto asserisco, vale il fatto riferito da Shortt (1), che nelle Indie si servano delle dure radici della *pulmbago zeylanica* a fine di provocare l'aborto, poichè ciò costituisce un' abitudine limitata ai suddetti paesi. Nel caso concreto, poi, si trattò delll' impiego di una radice, i cui caratteri ne fanno un mezzo abortivo meccanico abbastanza peculiare e meritevole però di richiamare l' attenzione.

La scelta di uno strumento della foggia descritta rende manifesta l' intenzione della levatrice di penetrare con esso nella cervice dell' utero. Dall' avere, poi, la levatrice lasciato in sito il detto arnese, è facile arguire che suo proposito fosse, non già la puntura delle membrane o lo scollamento delle medesime, sibbene la dilatazione del collo.

b) Non essendo forse abbastanza esperta dell' anatomia delle parti, o non possedendo sufficiente destrezza in simili manovre, la comare, scambio di insinuare la strumento nel collo dell' utero, lo conficcò nel fornice vaginale posteriore, producendone la lacerazione. La paziente andò incontro di botto, causa l' avvenuta lesione di continuità, ad una notevole perdita di sangue, alla quale resistè bene, non essendosi verificato in lei sotto questo riguardo, per quanto ebbe a narrare, alcun inconveniente degno di nota, laddove una lesione cosifatta avrebbe potuto determinare una emorragia perfino mortale, tenuto conto delle circostanze del caso.

Il corpo estraneo rimase nella località per circa 8 giorni. Dove si allogasse la parte extravaginale del fittone (10 1[2 cm. circa), non è dato di dire con certezza. Fa mestieri escludere che sia penetrata nel retto intestino, stante l'assoluta mancanza di disordini da parte di quest' organo. Si situò forse nella tasca del Douglas, perforando il peritoneo? È possibile, ma tenendo presente la reazione poco significante avutasi da parte del peritoneo, non pare probabile. La cosa più probabile sembrami questa, che abbia ricacciato in alto il peritoneo della saccoccia del Douglas, rimanendo annidata nel cellulare pelvico.

c) Che in seguito allo stimolo prodotto dal soggiorno di un corpo

---

(1) E. Hofmann. « Trattato di medicina legale. » Traduzione italiana di A. Raffaele, 1885, p. 209.

estraneo di quella fatta in vicinanza dell' utero si destassero le contrazioni uterine e si producesse lo aborto si comprende di leggieri e non reca alcuna meraviglia. Quello invece che in certo qual modo sorprende, e rappresenta, a parer mio, il particolare più interessante del presente caso, è che la donna, la quale era andata incontro alla perforazione del fornice vaginale posteriore, operata da uno strumento di quella sorta (molto probabilmente usato tal quale era stato rimosso dal terreno), e alla permanenza dello stesso nella località suddetta per lo spazio di circa 8 giorni, ebbe appena una leggera irritazione della sierosa periuterina, che potrebbe benissimo essere spiegata col fatto dell' aborto verificatosi in condizioni tutt' altro che asettiche dei genitali. E dire che « le gravi peritoniti sono quasi senza eccezione la conseguenza di una lacerazione della volta vaginale.... » (1), le quali molto di frequente secondo v. Säxinger (2), quasi sempre, menano all' esito letale.

Casi analoghi di aborto criminoso, cioè aventi la stessa fisonomia clinica, non sono a mia conoscenza. Nelle ricerche bibliografiche che ho potuto istituire, consultando i trattati di medicina forense più rinomati sia antichi che moderni, non che le monografie più pregevoli sull'aborto criminoso e gli articoli relativi dei dizionarii medici ecc., non mi è stato dato d'imbattermi in un caso somigliante. Da ciò, frattanto, non intendo trarre la conclusione che casi analoghi non siano occorsi, e che quindi il caso da me riferito rappresenti un *unicum* del genere. Sarebbe una conclusione troppo azzardata, che potrebbe ben tosto essere dimostrata falsa da uno studio più completo della letteratura.

Nel finire, mi auguro che la presente nota valga a recar un piccolo contributo alla ostetricia medico-legale.

---

(1) E. Hofmann. Loco cit., p. 215.

(2) Fruchtabtreibung und Abort in: Maschka's Handbuch der gerichtlichen Medicin. Tübingen, 1882, Bd. III, p. 269.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

Dott. CARLO DECIO

Un letto per operazioni ginecologiche
ed il piano inclinato nelle laparotomie.

Dopo che Trendelenburg (1) mise in rilievo i grandi vantaggi di un decubito speciale « *la posizione elevata del bacino per talune operazioni chirurgiche* » molti si occuparono dell'argomento, e concordi riconobbero i vantaggi di tale posizione, che permette non solo all'operatore, ma eziandio agli assistenti, di vedere il campo operatorio (pelvico) in un modo migliore d'ogni altro. Il Labusquière (2) recentemente ricorda che la priorità di tale ritrovato si deve al Kochs di Bonn, il quale avrebbe usato di tal modo di decubito già fino dal 1879 in occasione della sua prima isterectomia totale, formulandone il principio in termini assai chiari; e fa notare altresì che Hégar e Kaltenbach descrissero tale decubito nel capitolo della isterectomia addominale nel loro « Trattato di Ginecologia operativa, » edito nel 1885. Tuttavia ammette il vero merito di Trendelenburg, e cioè di aver giustamente apprezzata l'azione che la posizione elevata del bacino esercita sulla pressione intra-addominale.

La posizione di Trendelenburg può essere improvvisata ovunque, basta dare al letto operatorio una inclinazione sufficiente, ciò che si può

(1) « Ueber Blasenscheidenfisteloperat u. über Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. » *Samml. Klin. Vort.*, N. 355.

(2) *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier 1891.

conseguire in mancanza d'altro con dei cuscini. Il Leopold (1) offre una figura, la quale, oltre a dare una idea di tal modo di decubito, mostra eziandio la posizione rispettiva dell' operatore e de' suoi aiuti. Il letto d'operazione rappresentato nella figura suddetta, permette di accentuare più o meno la inclinazione del bacino, e sopratutto, se la indicazione si presenta, si può rimettere immediatamente la donna in posizione orizzontale.

Se non che, la inclinazione del piano del letto, è ottenuta con un mezzo, che certamente non è nè comodo nè facile ad essere eseguito, e che rende necessaria la presenza di persone estranee alla operazione, le quali si adoperino, dietro invito dell'operatore, alle manovre di sollevamento o di abbassamento.

Il piano del letto, in un colla paziente, nella figura del Leopold, deve essere sollevato a viva forza, da ambo i lati, e la inclinazione è mantenuta mercè un sostegno che si immobilizza fra le dentature di un corsoio nella stessa guisa colla quale sono costrutti i leggii delle biblioteche. Da ciò, ripeto, la necessità di innalzare un peso talora non lieve d'ambo i lati del letto, il che non possono nè devono certamente fare gli aiuti diretti dell' operatore, perchè per quanto si supponga disinfettato il letto operatorio, tuttavia la disinfezione non è tale da darci completa sicurezza. Nel caso poi che si voglia rimettere la paziente nella posizione orizzontale sarà altresì necessario, mentre che il piano è sollevato, far uscire il sostegno dalle dentature del corsoio, per riporlo là ove si crede più conveniente. Tutti questi maneggi non sono comodi, e neppure scevri da qualche pericolo, allorchè si ponga mente alla facilità colla quale può sfuggire dalle mani il piano stesso per il proprio peso, oppure anche semplicemente il sostegno dalle seghettature; il che accade spesse volte appunto nei leggii, ove, ripeto, il meccanismo è identico.

Delagénière (2) in una recentissima pubblicazione fatta sull'argomento, dice di aver fatto costruire una specie di cuneo che gli corrisponde benissimo. Tale arnese, di cui dà la figura, non è altro che un prisma triangolare di legno bianco largo 45 centimetri e di cui i piani inclinati formano coll'orizzonte un angolo di 45.° Egli posa tale prisma

---

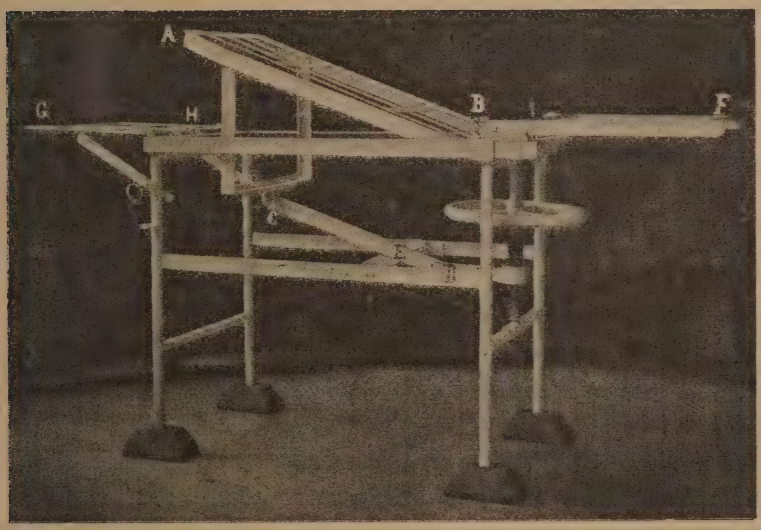
(1) *Centralblatt f. Gyn.*, 1891.

(2) « Du plan incliné dans certaines laparotomies. » *Progrès Médical*, mars-avril 1891.

su di una tavola ordinaria abbastanza lunga (m. 1,65) per potervi stendere la malata a piatto, togliendo il piano inclinato, se il decubito dorsale diviene necessario ad un dato momento della operazione. Anche tale sistema, per quanto sicuro, mi sembra difettoso, per alcune delle ragioni che già ho esposto circa il maneggio, ed oltre a ciò la inclinazione è assolutamente invariabile.

***

Per ottenere facilmente la posizione di Trendelenburg, e per ovviare agli accennati inconvenienti, io ho immaginato un letto con un congegno



abbastanza semplice, comodo, che una sola persona può manovrare senza alcuna fatica, sicurissimo, e che permette una elevazione del piano fino ai 45.° senza scosse o sussulti, e che può essere suddivisa, starei per dire, fino al millimetro.

È un letto operatorio di ferro che può servire altresì per le operazioni ostetriche e ginecologiche che richieggono la posizione dorsopelvica classica.

L'unita figura mi dispensa dal darne una minuta descrizione. La inclinazione del piano *A B* è ottenuta mediante il gioco di una leva *C D*

il cui fulcro è in *E*, la quale leva è abbassata successivamente alla sua estremità *D* mercè la madrevite fissa, sulla vite mobile del proprio asse.

Volendo dunque inclinare il piano del letto, si gira il volano orizzontale che impernia la vite, la madrevite è obbligata a discendere, e con essa la leva. Tale manovra è facilissima, non richiede grande forza, e può essere attuata con una sola mano dallo stesso cloroformizzatore, come quegli che è più vicino al congegno, e le cui mani sono e devono essere assolutamente estranee al campo operativo. Il cloroformizzatore poi, nel corso di una operazione, nella eventualità di una minaccia di asfissia, avendo alla portata il volano, di subito potrà dare alla paziente la posizione più idonea per la respirazione artificiale.

Di leggieri si comprende che in qualunque punto si abbandoni il volano, la inclinazione si mantiene, senza bisogno di altri congegni che ne assicurino la fissità.

Ho calcolato il passo della vite in modo, che soli tre giri danno la inclinazione massima di 45.°, il che non si ottiene di certo colla leva del letto di Langenbech nè con quello di Mariaud adoperato da Terrier a Parigi, il quale ultimo, benchè corrisponda abbastanza bene, talora è insufficiente, e può serbare delle tristi sorprese qualora non si abbiano i dovuti riguardi di fissare sicuramente il braccio di leva ai punti di arresto della cremaillère.

Colla inclinazione del piano del letto fino a 45.° il piano dello stretto superiore del bacino della donna che vi è sovrapposta è quasi perpendicolare al piano orizzontale. La sicurezza che la posizione si mantiene, e l'assoluta mancanza di pericolo unita alla facilità ed alla comodità di dare diverse inclinazioni volute al piano del letto da me descritto mi sembrano raggiunte.

La possibilità poi di ridurre e modificare più volte *facilmente* la posizione durante un atto operativo è cosa di grande importanza. Infatti poniamo ad esempio il caso di un tumore ovarico, quivi nel mentre che la posizione elevata del bacino non è indicata nel tempo della incisione e dello svuotamento della sacca, può rendersi utilissima per eventuali aderenze che richiedano manovre delicate nella profondità della pelvi, e la posizione orizzontale nuovamente potrà essere richiesta alla fine della operazione per la teletta o per la sutura. Per converso in un caso di raccolta tubarica potrà essere assai giovevole la incisione delle pareti

addominali nella posizione di Trendelenburg, per la facilità colla quale le anse intestinali interposte fra parete addominale e raccolta tubarica possono essere sospinte in basso ed all'indietro e contenute. Ridotte queste verso il diaframma ed obbligate da una larga spugna nella parte superiore dell'addome, può sorgere la indicazione dell'abbassamento del piano per lo svuotamento della raccolta, e di nuovo l'innalzamento pel lavoro di distacco di aderenze e va dicendo. Da leggieri si comprende che tutti questi movimenti sono solo possibili avendo il mezzo di ottenerli, rapidamente, sicuramente, senza grave fatica, e da persona estranea all'atto operativo.

La testa della paziente riposa sulla porzione *F B* che scorre sulle sbarre laterali del letto e che può essere innalzato a volontà a varie altezze. I popliti della paziente corrispondono ad *A* nella posizione elevata, ad *H* quando il piano inclinato ritorni ad essere orizzontale. Un coltroncino di crine foderato di tela impermeabile segue ogni movimento dei piani del letto e ne toglie la angolosità.

Come appare dall'unita figura, abbassate le parti *G H* destinate a sostenere le gambe, avanzato ed innalzato lo schienale *B F*, innestati i porta coscie, il lettino serve per le operazioni ginecologiche che esigono la posizione dorso pelvica.

Potrebbe essere obbiettato che il letto in discorso non corrisponde ai postulati della semplicità cui oggi, in grazia delle esigenze antisettiche, si tende modellare ogni supellettile delle aule operative, ma io sono di avviso che la semplicità in questo caso ha un valore soltanto relativo, poichè la semplicità non ci dispensa certamente di disinfettare accuratamente il letto operatorio più semplice, e per quanto tale disinfezione ci porti a presumere uno stato asettico delle singole parti componenti il letto stesso, pure io credo che essa non raggiungerà mai il *desideratum* della asepsi assoluta, e perciò anche un letto un po' più complicato non credo possa essere fonte di danno all'esito di una operazione.

Il letto che presento è di ferro (1), verniciato a fuoco, perfettamente bianco, il che ci garantisce della grossolana pulizia, intesa nel senso volgare, ma che applicata nel caso speciale ad un letto d'operazioni, ove si spandono continuamente liquidi organici, può divenire la espressione

(1) Fu costrutto nelle officine di Clerici e Rizzi, Milano, fabbricatori di mobili in ferro.

di un primo grado di antisepsi. Le tavole operatorie di legno, usate tuttora in molte Cliniche dell' Italia e dell'estero, dal lato disinfezione offrono minori garanzie in confronto di quelle di ferro. La vernice a fuoco resiste benissimo alle lavature di sublimato corrosivo, non resiste invece alle soluzioni feniche.

***

Volendo usare la posizione Trendelenburg negli atti laparatomici, rammento che è necessario che la testa della paziente sia rivolta verso la parte da cui viene la luce; il cloroformizzatore all'estremo del letto agisce dietro la testa della malata. Ricorderò altresì che la cloronarcosi decorre senza incidenti anche con tale decubito, il che del resto fu già più volte dimostrato. Non istarò a considerare minutamente i vantaggi che il chirurgo trova durante i principali momenti della laparotomia, ma mi limiterò solo ad accennare i due meriti principali di tale decubito, e cioè che le intestina per legge di gravità scorrono verso il diaframma, e che conseguentemente le cavità della piccola pelvi è accessibile alla vista in ogni suo particolare. Da ciò deriva l'estrema facilità di agire sulle ovaia, sulle tube, sui legamenti larghi, e la constatazione *de visu* delle condizioni del piccolo bacino permette di eseguire delle suture esatte anche in tali profondità, allorquando il chirurgo operi, ad es., sul retto intestino. Il Delagénière nella citata memoria insiste assai sui vantaggi che derivano dalla posizione declive del bacino, e fra essi annovera altresì la facilità con cui si riesce a praticare la sutura delle pareti addominali e senza pericolo di ledere le anse intestinali cogli aghi. La sutura, egli dice, « *devra toujours se faire en commençant par* « *l'extremité de l'incision la plus rapprochée de l'ombilic, car il ny a que* « *dans cet endroit que l'on pourrait risquer de blesser l'intestin, et de le* « *prendre dans les sutures.* »

Contrariamente a quanto opina il chirurgo francese io credo che non sia conveniente di praticare l'ultimo tempo della operazione, cioè anche la sutura nel decubito accennato, *ma credo che essa debba praticarsi essendo posta la donna in posizione orizzontale.*

Qualora si abbia cura di insinuare una larga e fina spugna fra le

intestina e le pareti addominali, il pericolo di comprendere le anse cogli aghi è allontanato, ed è pressochè impossibile se si procede dall'interno all'esterno. Praticando la sutura nella posizione declive, essendo le intestina ricacciate verso il diaframma, ne viene di conseguenza che si chiude nell'addome una certa quantità di aria, il che deve essere possibilmente in ogni laparotomia evitato, ed oltre a ciò noi non possiamo essere certi che la massa intestinale ridiscenda nei debiti modi, nè possiamo, come accade di frequente, ricollocare l'omento davanti all'intestino.

La riposizione orizzontale, col letto da me descritto, è la cosa più semplice; appena finita la toilette del peritoneo, se questa è richiesta, non appena l'operatore sta per accingersi alla sutura, basteranno pochi giri del volano per ridurre senza scosse nè sussulti e *gradatamente* la malata nella posizione orizzontale; la manovra di abbassamento del piano è resa ancora più facile per il peso stesso del corpo della operata.

Alla posizione di Trendelenburg fu rimproverato di impacciare i movimenti dell'operatore nel braccio che corrisponde al piano inclinato, ma l'operatore potrà mettersi indifferentemente da un lato o dall'altro,

e se ponendosi a destra della malata si troverà impacciato nel fare il taglio delle pareti e i diversi maneggi colla propria destra, troverà invece assai comodo il collocarsi dal sinistro lato. La figura che presento, riprodotta da una fotografia, offre una vista di insieme del letto che descrissi e che è in uso da qualche tempo nel Comparto Ginecologico, non che della posizione dell'operatore, che sarebbe appunto alla destra della paziente.

RASSEGNA

F. S. Rocchi. — **Resoconto di quindici mesi della sezione ostetrica e ginecologica di Roma**. (Prof. Pasquali).

Nella maternità furono accolte 915 gravide delle quali 111 erano malate: prevalenti, l'infezione malarica (23), la sifilide (17), l'albuminuria (15) e la tubercolosi polmonare (12). Si ebbero 858 parti di cui 13 gemellari (1,5 0[0), 722 spontanei e 136 artificiali. Vennero eseguite:

Accelerazioni di parto	3
Provocazioni di parto	15
Versioni	18
Applicazione di forcipe	78
Embriotomie	12
Taglio Cesareo	3
Taglio Cesareo postmortem	1
Isterostomatomie bilaterali	1
Colpotomie multiple	2
Episiotomie bilaterali	3

Il cloroformio venne impiegato largamente, non solo per gli atti operativi ma anche nei casi di andamento irregolare del travaglio ed allora a dose ostetrica: nessun inconveniente, ed anzi vantaggi notevolissimi.

L'A. passa quindi in rassegna le varie categorie di operazioni, si sofferma sui casi di provocazione del parto, discutendo i mezzi più opportuni per effettuarlo, sulle versioni, sulle applicazioni di forcipe, (i forcipi Braun, Taylor, Simpson a trazione sull'asse, Oldham, Denman sono quelli adoperati nella clinica), e sulle embriotomie (perforatori di Blot, Braun, Guyon, cefalotribo Lollini, preferito il cranioclasta di Braun, cranioclastia previa rachiotomia a testa seguente ed assai elevata). Un'operazione Porro praticata su donna gravida al settimo mese con feto morto ed in corso di metrite settica, ebbe esito letale; e seguita da morte fu anche un'operazione Sänger fatta su rachitica in travaglio da tre giorni e ripetutamente sottoposta fuori della clinica a tentativi di forcipe. Successo felice

ebbe un'altra Sänger per viziatura di terzo grado da rachitismo. L'A. esamina poi alcuni punti di patologia del puerperio, si occupa dei neonati e delle loro malattie e chiude il resoconto facendo considerazioni sui casi di morte in puerperio attribuibili ad infezione per le vie genitali e dimostra fondatissimo il sospetto che l'intossicazione preesistesse all'intervento effettuatosi nella clinica.

Dott. Villa.

Gustavo Sangregorio. — **Di alcuni casi di vomito incoercibile in gravidanza.** — *Morgagni*, maggio 1891.

Scopo dell'A. si è quello di riferire qualche osservazione clinica di cui intende valersi per cercare quanto vi sia di vero nel concetto dominante del prof. Pugliatti. Riferisce quattro casi occorsigli nella pratica civile, concludendo che la teoria del Pugliatti se può essere qualche volta invocata a spiegare la eziologia di vomito incoercibile, non è però applicabile alla massima parte dei casi — poichè, secondo l'A., nelle proprie osservazioni, l'espulsione dei muchi non era ostacolata, e quindi non aveva bisogno di essere favorita, eppure la candeletta aveva agito e potentemente.

Decio.

Lindemann. — **De la participation de la vessie aux états inflammatoires et aux néoplasmes des organes génitaux feminins.** — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.* 1890, Hft. 2, Bd. 18, p. 197. — *Revue analytique des Annales de Gyn. et Obst.*, mars 1891.

I. La prima parte del lavoro tratta della anatomia della vescica; in questa parte è messo in rilievo il rapporto esistente fra l'arresto di sviluppo di un organo e l'arresto di sviluppo di altri organi, e talora anche di tutto l'organismo. Parla poscia della esplorazione col catetere e dell'esame bimanuale della vescica per isvelarne la forma, avvertirne le rugosità delle superfici, e per conoscerne il potere contrattile.

II. *Influenza dei processi infiammatori degli organi limitrofi sulla vescica.* Le connessioni vascolari tra la vescica e l'utero spiegano assai semplicemente la solidarietà patologica di questi due organi. La metrite cronica, la retroflessione, la retroversione uterina producono turbe urinarie dovute alla congestione che accompagna le dette malattie.

I processi infiammatori del tessuto pelvico, gli essudati dello spazio del Douglas

sono causa di spostamenti e stiramenti marcati, e si può dire che la funzione urinaria è tanto più alterata quanto più il processo flogistico è vicino alla vescica. L'iscuria, quando non abbia cause apprezzabili insite nella vescica ha un grande valore diagnostico riguardo alla irritazione del peritoneo pelvico. Negli essudati dello spazio di Douglas il cambiamento morfologico consiste essenzialmente in un appiattimento della vescica, che può vestire forme bizzarre a seconda dell'essudato. Alloraquando le ovaia sono affette da ooforite cronica e sono prolabenti nel cul di sacco utero-rettale, la vescica si trova ancora compressa dall' indietro allo innanzi e spesso è possibile col catetere introdotto nella vescica di riconoscere i contorni delle prolassate ovaia. Nei casi di ovarite nettamente cronica, nella eziologia di disturbi orinari, bisogna tener conto delle aderenze sorte fra l'ovaio e la parete posteriore della vescica.

I processi infiammatori che si sviluppano nei parametri hanno tendenza ad invadere il tessuto para-vescicale e di conseguenza stirano l' urocisti; tuttavia la funzionalità della vescica non è compromessa come a tutta prima potrebbe sembrare, ed anche nei casi di enormi essudati. Nel caso di flemmone pelvico le alterazioni di forma che subisce la vescica sono evidentemente in rapporto colla estensione e la topografia della affezione.

III. In un ultimo interessante paragrafo l' A. passa in rassegna gli effetti dei tumori degli organi genitali uterini sulla vescica; sono passate in esame le deviazioni, le compressioni, gli stiramenti col risultato del tenesmo e della iscuria. Non vi è dimenticato l'effetto della retroversione dell'utero gravido sulla vescica. Ne trae pratici corollari e preziosi suggerimenti pel chirurgo.

Decio.

Dr. Wm. Goodell. — **What I have learned to unlearn in Gynecology** *(Che cosa io ho imparato a disimparare in Ginecologia). — Medical News*, Nov. 29, 1890.

Sotto questo giuoco di parole Goodell dà i risultati della sua esperienza. Egli ha imparato che l'età climaterica non deve essere addebitata della maggior parte dei malanni della donna e specialmente della menorragia come comunemente viene insegnato; che l'emorragie uterine ed altre perdite ben di rado possono venire attribuite all'età critica come causa diretta; che le così dette — perdite critiche — ed il cambiamento di vita — sono denominazioni fallaci che troppo di spesso conducono ad una indolente diagnosi e ad una terapia trascurata. Egli ha imparato che le operazioni, se il tempo stringe, non devono essere differite a motivo della mestruazione. Il periodo mestruale è in fatti il tempo

più adatto per praticare il raschiamento per vegetazioni fungose. Le uniche operazioni, per le quali si possano fare serie obbiezioni a praticarle in quel periodo, sono quelle che si eseguiscono sull'utero stesso e ciò a cagione della sua vascolarità aumentata e del pericolo di emorragia. Egli imparò che l'antiflessione e l'antiversione per loro stesse senza restringimento del canale, non sono di necessità patologiche: che i pessari per questi stati dell'utero, eccezione fatta certe volte del pessario ad asta per la stenosi, di raro riescono vantaggiosi; che l'irritabilità della vescica è di solito il risultato di esaurimento nervoso, di una deficienza del controllo cerebrale, e non di pressione del fondo uterino antiflesso. Egli ha da gran tempo abbandonato l'idea che la donna partoriente debba venir fasciata come una mummia e come tale debba essere tenuta immobile. Egli non ha nulla in contrario a che essa si volti da un fianco all'altro, a che essa si sieda ed anche si alzi per fare le sue bisogna se così essa desidera. Egli non crede che gli ascessi mammari provengano da compressione o iperdistensione delle mammelle, bensì da abrasioni dei capezzoli; egli non crede che le secrezioni catarrali dell'utero siano scoli gran che più importanti di quelli provenienti dal naso, o che dessi richiedano un trattamento eroico; che la cellulite sia la base della maggior parte dei malanni della donna e che la doccia d'acqua calda ne sia la panacea. Egli crede che questa sia già stata causa di ovarite, salpingite ed infiammazione periuterina e che le supposte celluliti e certi essudati siano di solito lesioni tubariche od ovariche. Il punto che gli riuscì più difficile fu quello d'imparare che sintomi uterini non sono sempre presenti quando esista malattia uterina e che quando sono presenti non sempre derivano dalla malattia uterina. Dessi sono sintomi nervosi. La sovra eccitazione o l'esaurimento nervoso provengono in gran parte dai dispiaceri, dolori, crucci, dalle ansietà e affanni della vita, ed i loro sintomi simulano disturbi uterini e quasi generalmente vengono ad essi attribuiti. I maliziosi nervi quando sono poco nutriti o strapazzati o hanno scosso il freno della disciplina se la prendono con un organo alquanto difettoso e se la spassano a sue spese.

In tal modo una donna fino a quel momento in perfetta salute sebbene con un ovaio aderente o dislocato, con stenosi del canale cervicale, con lacerazione alla cervice uterina, con leggiero spostamento, dopo una cagione deprimente il suo sistema nervoso, viene subito presa da sintomi vescicali uterini ed ovarici. Goodell così riassume il suo credo ginecologico: Io credo che quel medico il quale riconosce lo stato complesso dell'organizzazione nervosa della donna ed apprezza il predominio che su lei esercita il sistema nervoso potrà attendere al benessere di lei con risorse maggiori, e con più acuta percezione dei suoi bisogni di quell'altro che crede che la donna sia donna perchè ha l'utero.

GUASTAVINO.

P. Newmann. — **Risultati remoti del raccorciamento dei legamenti rotondi nei casi di spostamento uterino col nuovo metodo o metodo diretto.** — Traduzione Olivier. *Annales de policlin.*, N. 6, 1891.

Dice di sette casi, nei quali operò l'accorciamento dei legamenti rotondi, cinque dei quali con metodo nuovo. Parla del metodo d'Alexander del quale fa vedere le pecche consistenti non nella teorica ma nella tecnica e viene a parlare delle modificazioni da lui apportate alla operazione d'Alexander. Comincia l'operazione portando direttamente l'incisione sull'anello inguinale interno, servendosi come guida della vena epigastrica superficiale e al disotto di questa del nervo ileo-inguinale che riposa direttamente sul canale di Nuck. I punti di ritrovo superficiale, sono la spina del pube e la spina iliaca anteriore superiore, l'arcata di Poparzio. La vena epigastrica superficiale come lo anello interno trovansi fra le due spine. L'incisione taglia la vena nel suo terzo superiore. Non ha importanza che come guida. Arrivato sulla aponeurosi dell'obliquo esterno, la incide perpendicolarmente al decorso delle fibre longitudinali, si mette così in evidenza il nervo ileo-inguinale adagiato lungo il tragitto del canale. È appunto là dove la vena epigastrica incrocia il nervo, che il legamento rotondo è più facilmente riconoscibile, che isolato dal tessuto muscolare e fibroso che lo circonda, si presenta come un cordoncino bianco, appiattito. Lo isola colle dita e lo fa sdrucciolare in avanti, avendo cura di rispettare il nervo; allora compie le trazioni sul legamento finchè l'utero è in leggera antiversione che si mantiene con una sonda mentre lo fissa. La fissazione la compie con catgut all'acido cromico. L'estremità del legamento non la taglia, chiudendola nei margini della ferita alla Burt. Pone un tubo di drenaggio.

L'A. può assicurare sulla propria esperienza la bontà del metodo ed è lieto di averlo visto accettare da molti altri operatori quali l'Edebohls. Ecco i vantaggi del metodo: 1.° con uno o due colpi di bistorì si arriva sul canale inguinale e sulla aponeurosi del trasverso immediatamente sull'orificio interno; — 2.° si può passare un uncino smusso attraverso le fibre dell'aponeurosi ed attrarle infuori con gran facilità e vederlo in tutto il suo tragitto; — 3.° non si può più dubitare di scambiarlo essendo in questo punto rivestito della ripiegatura peritoneale; — 4.° le trazioni si fanno sopra la parte più forte del legamento e nel senso del suo tragitto intraaddominale. Ciò è assolutamente contrario al modo con cui si fanno col vecchio metodo pel quale le trazioni si fanno sulle fibre terminali in una direzione ad angolo acuto colla porzione intraaddominale; — 5.° aiutati dalla vista si può essere sicuri prendendolo nella parte alta di tirare sulla porzione addominale e non di allungare solo la porzione inguinale; — 6.° se non

vi sono aderenze non si producono sfibramenti di tessuto, quindi, operando nell'asepsi, si può essere sicuri di un ottimo risultato; — 7.° quando il legamento è forte come in questo tratto lo si può uncinare meglio e fissare ai margini della ferita; — 8.° si è assicurati meglio contro le ernie, suturando le pareti del canale attorno all'anello interno; — 9.° Le fibre intercolomnari ed i tessuti che circondano l'orificio esterno non vengono disturbate. Si evitano così gli stiramenti dolorosi che seguono parecchie settimane dopo l'operazione nei movimenti del corpo.

Segue la pubblicazione dei casi.

MANZONI.

W. ALEXANDER. — **Sull' influenza reciproca della gravidanza e del parto sulla operazione di Alquiè Alexander.** — Traduzione Olivier. *B. M. Journal*, 14 febbraio 1891. *Annales de Policlinique*, N. 6.

L'A. crede poter presentare i risultati della propria esperienza circa gli effetti dell'operazione d'Alexander sopra la gravidanza ed il conseguente parto e quindi della gravidanza e del parto sopra la posizione dell'utero. Cita le asserzioni degli autori:

1.° che il raccorciamento dei legamenti larghi impedirebbe il normale sviluppo della gravidanza e provocherebbe l'aborto;

2.° che quando la gravidanza va a termine ed avvenisse il parto, i legamenti rotondi verrebbero talmente distesi che si riprodurrebbe il precedente spostamento.

L'A. ha un'opinione affatto contraria. Citate le disparità fra le opinioni dei varii autori e motivata l'idea che l'accorciamento dei legamenti rotondi non fa che rimettere l'utero nella condizione di subire le pressioni e contropressioni che subisce allo stato normale, che salvo casi eccezionali, quindi sono affatto passivi dopo l'operazione, viene ad enunciare le seguenti proposizioni:

1.° la gravidanza è favorita nei casi di retroversione e retroflessione dall'accorciamento dei legamenti rotondi, si sviluppa naturalmente ed ha termine con parto felice;

2.° negli spostamenti indietro, questi non tendono a riprodursi dopo il parto, mentre che quando l'operazione fu compiuta per correggere un prolasso uterino, la riproduzione di ciò dipenderà in gran parte dalla lacerazione del perineo pel passaggio del feto.

L'A. prova l'esattezza delle proposizioni

1.° con considerazioni teoriche;

2.° coi risultati attuali dell'operazione.

Che nella gravidanza i legamenti rotondi s'allunghino, o che la gravidanza pel loro raccorciamento venga interrotta, o che dopo il parto lo spostamento si riproduca, perchè divenuti lunghi come prima, sono affermazioni per lo più false. Intanto l'allungamento dei legamenti rotondi non è provato. Ciò è dimostrato dalla esperienza sul cadavere; dalla costanza della loro inserzione sull' utero tanto nella vacuità che nella gravidanza e dai risultati di alcune autopsie.

Citate le opinioni di Jaggard, l'A. conclude, che i legamenti rotondi accorciati non divengono nella gravidanza notevolmente allungati:

1.° perchè la distanza che intercede fra l'orificio interno ed il punto dove si attaccano all'utero si può dire non notevolmente variato;

2.° che i rapporti fra la inserzione e la cavità uterina non sono i medesimi durante la gravidanza. Avvicinandosi essi di più in più al collo non vengono gran che stiracchiati; 3.° perchè ogni allungamento scompare post-partum pel fatto di una regolare involuzione. Vengono poi le narrazioni dei casi (7) su cui basa le proprie asserzioni.

MANZONI.

DELBET-GRANDMAISON-BRESSET. — **De l'action des antiseptiques sur le péritoine.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier-février 1891.

È una memoria che fa seguito alle ricerche già pubblicate da Delbet sul drenaggio del peritoneo.

I. *Introduzione.* — Sono esposte in linee generali le teorie della asepsi e della antisepsi. I ginecologi pei primi furono quelli che manifestarono la tendenza ad abbandonare l'uso degli antisettici, Lawson Tait, Bantock, Veit, Saenger, Pozzi, ecc., coi loro successi non tardarono a suscitare degli imitatori e non pochi sono i laparotomisti che abbandonerebbero gli antisettici qualora le condizioni di ambiente in cui sono costretti ad operare lo permettessero. Gli elementi cellulari lottano contro i microrganismi e sebbene non si conosca perfettamente il loro modo di azione tuttavia è un fatto incontrastabile quello della loro potenza distruggitrice. Gli antisettici in sostanza non sono che veleni per i microrganismi, e tutti sono più o meno venefici per gli organismi più elevati. Gli antisettici che sono veleni per i microbi (entità unicellulari) lo saranno altresì per le cellule degli organismi più complessi. Dalla distruzione quindi di un certo numero di cellule ne verrà la diminuzione di resistenza dei tessuti. Se ciò ha poco valore per le piaghe ordinarie, dove dietro al primo strato di cellule, ne troviamo altre della stessa struttura, ha invece una importanza grandissima riguardo al

peritoneo ricoperto da un solo strato di cellule endoteliali dotate di sì grande importanza. Le condizioni di resistenza del peritoneo sono completamente perduto se ha luogo la distruzione di tale endotelio, perchè invece di una membrana speciale dotata di energico potere antimicrobico, non rimane altro che un volgare tessuto connettivo sprovvisto di risorse contro i danni di una infezione.

II. *Tecnica.* — Tutte le esperienze degli Autori furono fatte sui cani cloroformizzati e previamente preparati secondo norme antisettiche. Esciso un pezzo di mesenterio sano (per averlo come termine di confronto) procedevano al lavaggio per cinque minuti, indi nuova escisione di mesenterio, in seguito alla quale, levato dall'addome l'eccesso di liquido tossico, procedevano alla sutura. Segue la dettagliata esposizione della tecnica microscopica.

III. *Natura delle alterazioni prodotte dagli antisettici sulle cellule endoteliali del peritoneo.* — Non furono tutte dello stesso grado e dello stesso ordine. La prima modificazione che si produce è una specie di retrazione della cellula agli angoli (la memoria offre chiarissime tavole istologiche), chiamata *retrazione angolare*, il secondo stadio, *retrazione angolo-marginale*, si manifesta anche sui bordi della cellula, e da questo si passa ad un 3.° di *frammentazione della cellula*, che conduce agli ultimi due di *desquammazione parziale e totale*, cioè la distruzione completa dell'endotelio peritoneale. Circa la natura di tali alterazioni cellulari, gli Autori sono d'avviso che nel primo e secondo stadio gli elementi diminuiscono di volume parte per un certo qual grado di contrattilità. Le alterazioni del 3.° stadio sono assai gravi, esprimono la caduta degli elementi endoteliali che è accertata nelle fasi successive.

IV. *Azione dei varii antisettici in particolare.* — Tale paragrafo è assai interessante come quello che dimostra il vario potere delle singole sostanze esperimentate e ne scaturiscono importanti corollari dal lato pratico. Passano gli A. in rassegna l'acido fenico, il sublimato corrosivo che, adoperato in soluzione all'1 p. 1000 dà subito gravi alterazioni sia macroscopiche che microscopiche del peritoneo, il bijoduro di mercurio, l'acido salicilico, la soluzione di Rotter, il violetto di metile, l'acido borico, le lesioni del quale sono insignificanti, a paragone di quelle gravi presentate dai corpi suaccennati. Dopo di aver istudiata l'azione dei principali antisettici, sottomisero all'esperimento due altre qualità di liquidi impiegati nelle laparotomie, l'acqua distillata, e la soluzione di Na Cl. al 7 p. 1000 a varie temperature colla massima di 52.° Le alterazioni furono minime, trascurabili, e la temperatura elevata non dispiegò una grande azione sulle cellule. La preferenza però sarebbe da concedersi alle soluzioni boriche.

Sempre sui cani esperimentarono la influenza dell'aria, ma il risultato fu negativo. Per rendersi conto della azione degli sfregamenti provarono a strofinare un piumacciolo di cotone idrofilo sopra di un'ansa intestinale, e constatarono che il rivestimento endoteliale era stato levato quasi in totalità. Riprodussero la ma-

novra della toilette peritoneale (spugne, babuffoli montati) e constatarono lesioni assai lievi, irregolari, insomma di pochissima importanza.

Cinquanta centigrammi di polvere di jodoformio nei cani di piccola mole non produssero alterazioni se si eccettua una piccola aderenza fra l'epiploon ed un'ansa intestinale. Il salolo pure non diede alcuna lesione nè macroscopica nè microscopica.

V. *Influenza delle alterazioni prodotte dagli antisettici sopra la resistenza del peritoneo alla infezione.* — Gli A. si rivolgono questa domanda: Un peritoneo che ha subìto l'azione degli antisettici è egli meno difeso di un peritoneo normale contro l'infezione? Lo studio istologico della vita cellulare non è avanzato al punto di risolvere una tale questione. Davanti a tale impotenza della istologia essi sperano di arrivare alla importante soluzione servendosi dei microbi come di reattivi. Ciò che essi poterono constatare, come tutti gli esperimentatori, fu l'incredibile resistenza del peritoneo alla infezione microbica, se il peritoneo è sano. Concludono che l'impiego di antisettici energici nelle laparotomie ha dei notevoli inconvenienti se il peritoneo è sano, perchè essi possono diminuire la resistenza della sierosa e favorire la produzione di aderenze consecutive; ma se una peritonite grave ha di già alterato le cellule endoteliali il lavaggio con soluzioni antisettiche può rendere dei servizi.

Tuttavia a peritoneo sano gli antisettici energici (acido fenico, sublimato, biioduro di Hg., acido salicilico) sono più dannosi che utili. Meno nociva è la soluzione di Rotter.

1.° Di tutti i liquidi usati, la soluzione di Na Cl. al 7 p. 1000 e la soluzione borica al 3 0[0 sono quelle che alterano meno, l'ultima sembra essere la più inoffensiva.

2.° Lo iodoformo ed il salolo in polvere non esercitano azione alcuna sull'endotelio. Resta a dimostrarsi se essi sieno antisettici in simili condizioni.

Decio.

Dott. Otto v. Herff. — **Ein Beitrag zur Theorie der Eclampsie** *(Contributo alla teoria dell'eclampsia).* — *Münch. Med. Wochensch.*, N. 5, 1891.

L'A. comincia col definire l'eclampsia un complesso di sintomi ben determinati il cui punto d'origine deve ricercarsi nel cervello e le cui manifestazioni sono dovute ad una più o meno estesa irritazione dei suoi centri. È dunque una particolare alterazione della attività nervosa la quale dai nevrologi viene chiamata alterazione epilettica, dai fisiologi (Landois) eccitazione eclampsica (epilettica). Nulla sappiamo sull'intima essenza di questa propria sensibilità dei centri ner-

vosi, solo conosciamo la sua insorgenza in seguito a stimoli diversi accumulantisi, spesso di piccolissima importanza, per cui basta che un centro venga durevolmente irritato perchè l'irritazione si estenda anche a centri lontani. Inoltre noi sappiamo che lo sviluppo di queste alterazioni della eccitabilità richiede sempre una certa predisposizione dell'individuo, cioè si verifica qui la stessa cosa che per gli avvelenamenti i quali sono facilitati dalla debolezza organica e dalle speciali circostanze individuali.

Fra gli agenti fisiologici che esercitano grande influenza sulla donna, importantissima è la maternità perchè questa manifesta i propri effetti su tutti gli stati di eccitazione nervosa cerebrale, come epilessia, isteria e svariate psicosi, le quali tanto più facilmente si sviluppano quando esistano fatti ereditarii o neuropatici o talune intossicazioni come p. e. la uremica. Il meccanismo pel quale queste alterazioni si producono, ci è completamente sconosciuto, per quanto riesca chiarissimo che, durante la gravidanza nella scatola cranica si mettano in funzione processi nutritivi particolari, fatto che viene attestato dagli osteofiti puerperali e dalle granulazioni di Pacchioni; inoltre nella gravidanza si manifestano alterazioni e mutamenti psichici di natura depressiva o meno, che fanno però concludere con sicurezza a notevole alterazione della eccitabilità nel circuito cerebrale. Forse entra in giuoco anche la così detta anemia gravidica, indebolendo gli apparati nervosi centrali, per quanto in generale lo stato di nutrizione delle gravide venga giudicato favorevole come ne fa fede l'accrescimento in peso del corpo.

È quindi raro che la disposizione alla eccitabilità eclampsica sorga solo da stimoli fisiologici della gestazione; per lo più entrano qui in giuoco anche fatti patologici di varia natura e specialmente malattie nervose, renali, vasali ed anche intossicazioni ed infezioni generali del corpo le quali agiscono in guisa diretta o per la via della perturbata attività renale. Fra le malattie renali sono importanti le alterazioni gravidiche dei reni, le comuni nefriti parenchimatose ed interstiziali ed anche in rari casi il semplice impedimento meccanico alla secrezione della urina che può insorgere dalla compressione degli ureteri specialmente nei bacini ristretti. Questo gruppo di malattie ha comune il fatto che danno luogo ad uno stimolo chimico, cioè ad un avvelenamento generale i cui sintomi corrono sotto il nome di uremia; si tratta di intossicazione per creatina, creatinina, per urato acido di soda e di potassa ed eventualmente anche di ritenzione di sostanze volatili, come l'acetone; tuttavia si deve notare che gli stimoli del parto sono di troppo breve durata per dar luogo ad alterazioni, mentre durante la gravidanza piccole dosi di urati, versate nel sangue a frequenti intervalli possono, accumulandosi, dar luogo ad effetti tossici. La facilità alla irritazione cerebrale eclampsica viene quindi o dallo stesso processo di gestazione o da una propria disposizione o ciò che sembra di gran lunga il caso più frequente, da una lunga, per quanto scarsa ritenzione di urati.

Anche improvvise alterazioni circolatorie, in ispecie per quello che riguarda i rapidi sbalzi della pressione sanguigna endocranica possono, in concomitanza o meno ad intossicazione uremica, causare lo scoppio di accessi eclampsici, e questo per un meccanismo che a noi rimane perfettamente sconosciuto. Le intossicazioni per alcool, piombo, assenzio, possono ugualmente dare disposizione alla eclampsia non meno che certe infezioni. Anche qui il modo di agire ci è sconosciuto, ma vediamo che talune infezioni come ad esempio la tetanica danno fenomeni simili in qualche parte a quelli della eclampsia.

Noi dobbiamo dunque dirigere anzitutto i nostri sforzi a scindere il sintomo così complesso della eclampsia nelle sue singole cause speciali, il che sarà solo possibile con un' attenta ricerca etiologica delle malattie che la occasionano.

Rimangono però ancora rari casi in cui l'eclampsia viene preparata ed occasionata esclusivamente da stimoli e stati fisiologici; possiamo chiamare questa eclampsia, eclampsia della gestazione perchè in certa guisa non è altro che una eclampsia riflessa.

Ma come mai i processi fisiologici della generazione possono irritare i centri nervosi, come la gravidanza può essere stimolo all'eclampsia?

Lo sviluppo dell'uovo, l'ingrossamento della sfera uterina debbono certo causare irritazioni e sensazioni che, specialmente nella prima gravidanza o quando esistano altri stati morbosi, possono influire. Durante tutta la gravidanza si trovano adunque continue eccitazioni del centro motorio dell'utero il quale centro, in causa della sua indubitabile influenza psichica si può riguardare come un centro psicomotorio che le più recenti ricerche tendono a localizzare in un punto subcorticale: tali contrazioni hanno per solo scopo il ricambio materiale dell'utero allargato ed ingrandito e perciò, quanto più procede la gravidanza, tanto più forte dev' essere questo stimolo, in ispecie se altri fatti più individuali vi si aggiungano come la pressione sui ganglii uterini e nei nervi viciniori o turbe circolatorie. Tali stimoli crescendo conducono alle doglie ed al parto e, dopo questo l'utero torna poco a poco alla quiete primiera. Quando le funzioni di arresto o d' inibizione siano in qualche modo alterate si vede facilmente come possa aversi l'aborto abituale.

Sappiamo inoltre che una certa « disposizione » ereditaria od acquisita può influire su questi fatti, onde piccole quantità di urati e violenti irritazioni delle terminazioni nervose del tratto genitale come ad esempio nel disimpegno del capo od anche la sola eccitazione data dalle doglie bastano a determinare l' insorgenza di un accesso eclampsico.

È certo che le funzioni genitali della donna dispongono in massimo grado ad alterazioni cerebrali; anche le turbe psichiche tanto sovente conseguenti agli attacchi eclampsici provano questo fatto.

In generale gli stimoli della gestazione, data una disposizione precedente,

agiranno tanto più efficacemente quanto meno l'organismo si è abituato, e ciò spiega il più facile occorrere della eclampsia nella prima gravidanza, specialmente nelle donne più attempate in cui sono più frequenti le malattie uterine, nelle gravidanze, bigemine o trigemine o con idramnios, anche astrazione fatta dalla non rara combinazione di queste coll'avvelenamento uremico. Si è pure osservata, benchè in casi rari, l'eclampsia all'apparire dei primi mestrui sia alla pubertà, sia dopo un parto senza che poi tali fatti convulsivi siansi ripetuti, e ciò prova come possa agire anche lo stimolo menstruale in un'individuo predisposto. Del pari è conosciuto come più frequente sia l'eclampsia in bacini ristretti e ciò, fatta astrazione dalla compressione degli ureteri e dalla possibile ritenzione dell'orina e ciò per gli stimoli indotti dai più facili spostamenti dell'utero gravido. Inoltre è noto che il bacino universalmente ristretto dispone più d'ogni altro all'eclampsia forse per una disposizione congenita, ed infine è nota l'ereditarietà dell'eclampsia in talune famiglie.

È noto che alterazioni renali gravi possono anche non determinare eclampsia mentre possono darla le lievi, e se accade talvolta che affezioni renali lievi o che datino da breve tempo determinano attacchi eclampsici gravi, ciò si deve ad una combinazione degli effetti dati dalle due cause. Da che sia determinato l'accesso eclampsico non è ben noto: all'opinione che si tratti di spasmo vasale cerebrale o renale manca ancora la prova diretta; si deve piuttosto riguardare lo spasmo vasale come precursore o primo sintomo dell'attacco e porlo quindi a pari della cefalea, dell'amaurosi, della nausea: non sono cause, sono soltanto sintomi della irritazione cerebrale; a ciò non contrasta il fatto della anuria che dura dopo la cessazione delle convulsioni; o si tratta di primaria o secondaria grave alterazione renale o di una ancor durevole eccitazione dei centri cerebrali. Perciò:

I. Il complesso di sintomi « eclampsici » dipende da una speciale alterazione dei centri nervosi cerebrali, particolarmente subcorticali.

II. Questa alterazione si sviluppa durante la gestazione in base ad una disposizione che può essere ereditaria od acquisita, data da intossicazioni per urati, piombo, alcool, infezioni ecc.

III. Al complesso di sintomi « eclampsici » possono dare causa molteplici alterazioni di organi.

IV. I sintomi e le eccitazioni fisiologiche della gestazione determinano raramente per sè soli l'insorgenza degli attacchi eclampsici, per lo più si trova una lieve intossicazione uremica che dà l'ultimo stimolo alla manifestazione delle convulsioni.

R. Polacco.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Società di chirurgia di Parigi.

15 Aprile 1891.

Berger. — Delle ernie inguinali congenite nella donna.

Queste ernie erano state fino ad oggi ammesse piuttosto per analogia che per certe prove, non si erano fatte che delle induzioni, l'esistenza del canale di Nuck non essendo stata assolutamente dimostrata. Berger ha osservato dei fatti che a lui sembrano del tutto concludenti e dimostrativi.

In due casi infatti egli operò ernie inguinali associate a cisti congenite nel canale di Nuck, in un altro si trattava di ernia interstiziale intraparietale.

1.ª Osservazione: Donna di 31 anni, con un'ernia da 10 anni e vivi dolori. Cura radicale. All'incisione si trova un sacco dartoico, inviluppante il sacco erniario, provvisto di vasi venosi molto sviluppati e che raggiungeva il legamento rotondo nel tragitto inguinale. Ma prima di cadere sul sacco fu incisa una cisti tappezzata da una membrana sierosa e non contenente alcun liquido. Un sottil setto lo separava dal sacco, setto trasparente senza alcun ispessimento o piega, che non rassomigliava cioè per nulla ai setti che si osservano talfiata nelle ernie acquisite. Nell'estirpazione del sacco si osservò che desso aderiva fortemente al legamento rotondo. Fissazione del peduncolo col metodo di Barker; ricostituzione della parete con la sutura Bassini. Guarigione dopo un mese.

2.ª Osservazione: Giovane di 21 anni, con ernia datante da qualche mese, riducibile, dolorosa. Cura radicale. Si trovò pure un sacco dartoico, un plesso venoso molto sviluppato, una cavità cistica senza liquido, separata dal sacco per un sottile tramezzo trasparente. Il sacco aderente era pure di una sottigliezza estrema. Tirandolo al di fuori si tirò pure la tromba adesavi. La tromba fu isolata e ridotta, fissato il peduncolo, chiuso l'addome con gli stessi processi. Guarigione: un mese dopo cicatrice in ottimo stato.

In questi due casi si trattava certamente di un'ernia nel canale di Nuck e la cisti aveva la stessa origine. Essa infatti non poteva essere un igroma preerniario, nè una cisti del sacco risultante dall'obliterazione totale di una cisti an-

tica. D'altra parte il sacco erniario essendo molto aderente al legamento rotondo, molto profondo, provvisto di un sacco dartoico a vene sviluppate che si andava a perdere sul legamento stesso, non poteva essere che il canale di Nuck. Camper ha citato 7 casi di persistenza di questo canale (4 a destra, 3 a sinistra), ma Duplay avendo negato questi casi, bisogna per trovare delle osservazioni concludenti, ricorrere ai lavori di Féré e H. Sax. Al dì d'oggi se ne conosce un certo numero, la persistenza è più frequente a destra. H. Sax, che ha studiato così bene il canale peritoneo-vaginale nella donna, vi ha trovato la maggior parte delle particolarità notate nell'uomo da Ramonède, nulla quindi di strano che delle ernie si formino in questo canale di Nuck. Ci sono nel canale persistente delle specie di diaframmi, di cui se uno è completo, si ha all'estremità anteriore del tragitto una cisti, che è una cisti del canale di Nuck. E queste cisti, se piene di liquido, costituiscono ciò che si conosce sotto il nome di idrocele nella donna (Weschelbaum e altri); possono passare inavvertite, ma devono però essere più frequenti, di quanto comunemente non si creda.

Berger riassume così i caratteri dell'ernia congenita nella donna: I. aderenza intima del sacco al legamento rotondo, comparabile a ciò che ha luogo nell'uomo per il canal deferente; consistenza del foglietto sieroso ridotto quasi al solo epitelio, presentante talora piccole invaginazioni nello stesso legamento rotondo. — II. Presenza di una cisti facente corpo col sacco. Questi due caratteri di certezza. I seguenti sono di probabilità: tramezzi incompleti, briglie nel sacco senza restringimenti. — III. Sviluppo vascolare (venoso) sul sacco. — IV. Inviluppo dartoico quasi completo.

3.ª Osservazione: Donna di 40 anni, con ernia da 12 anni che si strozzò più volte. Fu già chelotomizzata senza cura radicale. Recidiva. Nuovo strozzamento. Cura radicale fatta da Berger che trovò all'inguine una tumefazione che partiva dal gran labbro e risaliva fino alla spina iliaca antero superiore. Questa tumefazione si componeva di due minori, una permanente (ernia del gran labbro), una variabile, che appariva sottocutanea, al disopra dell'arcata crurale. Essa era in realtà sotto aponevrotica e aveva luogo in un diverticolo interstiziale e corrispondeva insomma esattamente a ciò che nell'uomo va col nome di ernia intraparietale (un prolungamento nello scroto con assenza di testicolo).

Era dunque ancora un'ernia congenita. Non si conoscono che due casi simili. Meinhardt Schmidt ha studiato bene la patogenesi di questa forma.

Dal Progrès Médical, 1891. N. 16.

Maroni.

Società ostetrico-ginecologica di Parigi.

Marzo 1891.

Porak presenta una donna laparotomizzata 11 mesi prima per gravidanza extra-uterina, in cui la cicatrice della piaga addominale è quasi completa: al qual proposito Doléris pensa che quando tale cicatrizzazione dura tanto a formarsi, trattisi di gravidanza tubaria, e che ad ottenerla debbasi distruggere la mucosa che continua a secernere. Doléris presenta 10 corpi fibrosi tratti da due sorelle che egli ha operate col metodo di Martin (operazione cesarea per miomi). Egli fece tale operazione sei volte senza asportare l'utero, ma snucleando ciascuno dei tumori. Ciò si dovrebbe fare nelle donne giovani e in fibromi piccoli. Nell'isterectomia preferisce il trattamento esterno del peduncolo, che egli svuota, cauterizza e poi sutura, a guisa di un tappo da champagne.

Verrier fa una comunicazione su la dannosa influenza del parto provocato nel trattamento dell'albuminuria gravidica.

Bar e Lamott comunicano l'osservazione di un feto nato vivo con multiple alterazioni: lussazione congenita dell'articolazione coxo-femorale sinistra, degenerazione cistica e cirrotica dei reni, deformazioni toraciche, deviazione del capo, piedi vari. Nel parto non vi fu scolo di liquido amniotico. Non vi doveva essere stata secrezione urinaria e infatti gli ureteri erano assai sottili, piccola la vescica, scarso il liquido amniotico, alla quale ultima ciscostanza va dovuta la permanenza di attitudini viziate degli arti.

Budin si associa pure all'idea che tali attitudini viziose si colleghino a scarsezza di liquido amniotico.

Guéniot non accetta la teoria secondo cui la produzione di liquido amniotico dipende dalla diuresi fetale.

Loviot presenta l'osservazione di una donna, nella quale egli non ha potuto constatare la presenza della vagina nè dell'utero.

Nitot legge un lavoro sulla « Diagnosi e patogenesi delle salpingiti. » Benchè oggi la salpingite sia considerata come la vera espressione delle infiammazioni pelviche, si avrebbe torto di prendere come una raccolta salpingitica incistata, ogni raccolta che il dito può riscontrare sui lati dell'utero a livello dei fornici vaginali. In molti casi il tumore è di una vera pelviperitonite incistata a contenuto sieroso o purulento che non è che l'esagerazione e la localizzazione dei fenomeni peritoneali, che accompagnano così di frequente le lesioni degli annessi e il cui decorso differisce tanto, da quello delle raccolte tubarie. Invece la patogenesi di questa affezione permette di concludere che le diverse forme di sal-

pingite, non sono che i diversi gradi di una lesione che ha sempre per punto di partenza la propagazione traverso la tromba di una endometrite settica. 1.° Grado: Salpingite catarrale, in cui si versa tratto tratto dall'orificio peritoneale della tromba restato aperto un prodotto più o meno virulento nel peritoneo, dando origine a successivi attacchi di peritonite, che può anche prendere la forma incistata. 2.° Grado: Obliterazione dell'orificio peritoneale della tromba, onde accumulo del liquido in essa e talvolta coliche tubarie. 3.° Grado: Obliterazioni di entrambi gli sbocchi tubarii, uterino e peritoneale e formazione della salpingite cistica, a contenuto sieroso, ematico, purulento.

Anche vi può essere un' ovaro-salpingite atrofizzante, dipendente dal fatto che essudati membranosi, spessi e retrattili, prodotto di peritoniti essudative, comprimono l'ovaio e la salpinge, dando origine a una forma eminentemente dolorosa.

Dal *Progrès Médical*, N. 16. MARONI.

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA

L'alvelos contro il cancro.

Dall'Euphorbia heterodoxa si estrae un succo lattiginoso e resinoso che diede ottimi risultati nella cura di epiteliomi, di sarcomi, di ulceri sifilitiche, del lupus.

Detto succo viene applicato sul cancro a mezzo di un pennello, e dopo qualche ora, ottenutosi l'essicamento si medica colla garza, lavandosi poi il giorno successivo la parte con soluzione d'acido fenico e ripetendosi la medicazione fino a guarigione ottenuta. Questa sostanza che ci proviene dal Brasile è dotata di grande potere escarotico, e rende le orine molto colorate e di odore disaggradevole.

Galattorrea.

Applicare sulle mammelle una fasciatura compressiva, diminuire la quantità degli alimenti, proibire la birra, amministrare sali purgativi ed in caso di insuccesso prescrivere la seguente porzione:

Ioduro di potassio	gr.	2
Acqua distillata	»	100
Sciroppo	»	20

Nella dose di tre cucchiai al giorno.

La caffeina nelle emorragie post-partum.

Secondo Misrachi sarebbe molto più attiva dell'ergotina e si dovrebbe ricorrervi sopratutto per le donne che hanno già perduto molto sangue onde ogni esitazione è pericolosa.

Iniettare consecutivamente 3-4 siringhe di Pravaz della seguente soluzione:

Benzoato di soda.	gr.	3
Caffeina.	»	2-2.5
Acqua distillata	»	6

Iniettare 6-10 siringhe al giorno, soluzione tiepida.

L' hydrastinina in pillole.

Cloridrato d'hydrastinina	centigr. 5
Polvere e succo di liquerizia q. b.	

Da pillole 1-2 al giorno, una nei giorni antecedenti alle ricorrenze emorragiche e due quando vi sono perdite.

Unguento contro la pigmentazione delle gravide.

Burrro di Cacao . .	ana gr. 75	
Olio di ricino . . .		
Ossido di zinco	gr.	0.30
Ossido giallo di mercurio .	»	0.15
Essenza di rose	goccie	3

Far frizioni due volte al giorno — uso esterno.

Per le vegetazioni dei genitali esterni.

Acido salicilico	gr.	2
Acido acetico	»	30

Per uso esterno.

Toccare due volte al giorno la vegetazione con questo liquido che produce dolore insignificante.

Cura dell' endocervicite catarrale (Jules Cheron).

Le iniezioni e le medicazioni vaginali sono insufficienti nella maggior parte dei casi. Le scarificazioni riescono utilissime perchè decongestionano l'utero ed in particolare la mucosa del canal cervicale e perchè aprono le piccole cisti di Naboth. Il nitrato d'argento è da abbandonarsi. Le diverse qualità di cannelli al solfato di zinco, all' iodoformio, al sublimato, ecc. producono spesso dolori vivi, vomito, ecc. e però ad onta dei servizii che ponno rendere, non sono consigliati. Meglio è fare medicazioni del canal cervicale con soluzioni quali:

I. Soluzione di percloruro di ferro.
II. Tintura di iodio pura.
III. Soluzione acquosa satura d'acido picrico.
IV. Resorcina al 20 o 40 0[0.

Allorchè vi sono riflessi intensi o sensibilità locale eccessivamente viva ricorrere alla cocaina al 10 0[0.

Cura della blenorragia nella donna.

La vulvite sarà trattata col riposo a letto, l'applicazione di compresse ghiacciate, e la cauterizzazione delle erosioni con soluzioni di nitrato d'argento al 20 0[0. Spaccare ampiamente gli ascessi delle ghiandole vulvo-vaginali. Curare la vaginite con irrigazioni prolungate di biioduro di mercurio al 1 0[000, tamponando in seguito la vagina con cotone imbibito di glicerina iodoformizzata.

In caso di uretrite il nitrato d'argento riuscirà assai utile.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Agosto 1891. Num. 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Due casi di eliminazione del laccio elastico
e della parte strozzata del peduncolo
attraverso la cavità del moncone uterino
IN SEGUITO D'ISTERECTOMIA SOPRAVAGINALE PER FIBRO-MIOMI

PEL
Dott. VINCENZO LAURO
Professore Pareggiato di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Univ. di Napoli
Coadiutore Ordinario nell'Istituto suddetto.

25 SEP 91 LIBRARY

Uno dei grandi vantaggi che realizzò la chirurgia generale, nella tecnica operativa, fu certamente segnato dallo apparecchio di Esmarch per la emostasia temporanea. Operare, come si dice, *in bianco*, senza perdita di sangue, almeno immediata, è senza dubbio un vantaggio grandissimo così per eseguire con perfezione maggiore l'atto operativo, come per essere più calmi nel tradurre in atto la tecnica operatoria, ed altresì per conservare allo infermo la maggiore possibile quantità di sangue, sicuri d'avvantaggiarlo nel prosieguo, conservandogli in tal maniera le forze organiche, d'onde facilità maggiore di sopportare gli effetti del trauma operatorio.

Introdurre anche in ginecologia questa emostasia temporanea, in maniera da eseguire all'asciutto, e senza perdita di sangue, qualunque atto operativo si compia sulla matrice, ed in genere nello addome, raggiungere questa perfezione di tenica operatoria, fu lo sforzo continuo

dei ginecologi, dopo che essi ebbero fatta segnare alla chirurgia addominale così colossali progressi, quali i nostri maggiori crederebbero temerarii addirittura.

Ed i primi tentativi fatti su questa via, li ritroviamo già quando era in voga lo schiacciatore di Chassaignac, ottenendo, mediante la sua catena, una costrizione a scopo emostatico. Troviamo anche destinata a tale scopo una enorme pinzetta immaginata da Billroth, la quale al certo non può servire in tutti i casi: Koeberlé e Pean impiegavano a tale scopo i fili metallici. È innegabile però, che un prezioso mezzo di emostasia temporanea, destinato poco dopo a divenire ancor più prezioso e più perfetto, ottenendo col medesimo la emostasi definitiva, è rappresentato dalla *legatura elastica*.

Andiam senza dubbio debitori a Kleeberg di Odessa (1), d' aver fatto in ginecologia un tale acquisto, poichè fu egli il primo che trasse partito dalla elasticità del *caoutchouc* e dalla costanza che esso assicura alla costrizione, per legare il peduncolo uterino in seguito dell'asportazione dell'organo. Egli in seguito, in una delle sue operate, lasciò il tubo elastico sul moncone dell' utero, come mezzo emostatico definitivo, e l' ammalata guarì.

Non si può quindi, senza cader nell' ingiusto, rifiutargli il merito d'essere l' inventore della legatura elastica, come mezzo emostatico temporaneo e definitivo, nella chirurgia uterina. Convien riconoscere però d' altro canto che fu Hegar che eresse a metodo generale la legatura elastica definitiva, e Martin pel primo adoperò sistematicamente la scoperta di Kleeberg, facendole tenere in chirurgia uterina quello stesso posto che l' apparecchio di Esmarch occupa nella chirurgia generale (2).

In fatti l' Hegar riconosce nella legatura, col metodo del Péan (3), molteplici inconvenienti; tensione forte dei legamenti, strettura troppo forte del nodo, facilità da parte del filo di recidere i tessuti, in guisa che si vede non rarissimamente comparire terribile emorragia che riesce rapidamente mortale. Inoltre la legatura del picciuolo non è nè regolare, nè duratura. Non è raro infatti, soggiunge, vedere i legamenti larghi ed

---

(1) *S. Petersburg medicinische Wochenschr.*, 24 sept., 6 ott. 1877.

(2) « Naturforschersammlung in Cassel. » 1878.

(3) Ricordo che il Péan fissa il moncone uterino all'angolo inferiore della ferita, ed il filo metallico è affidato ad un serranodi di Cintrat.

i vasi spermatici sfuggire all' azione dell' ansa del filo metallico in corrispondenza delle parti laterali; in maniera che assai soventi, si verifica perdita sanguigna, e noi siam costretti a stringere ancora il filo, esponendoci al rischio di rompere le aderenze che erano già per avventura potute formarsi (1).

Col metodo Kleeberg-Hegar invece questi inconvenienti vengono evitati, ed il grande vantaggio del medesimo risiede precisamente nella sicurezza e nella innocuità del filo elastico, il quale agisce come emostatico per lunga pezza e segue gradatamente la retrazione del peduncolo, al segno che a capo di otto giorni dalla sua applicazione non è ancora rilasciato.

In Germania generalmente si servono a questo scopo d' un tubo di caoutchouc spesso abbastanza nelle sue pareti, il cui lume è di circa 5 mm.; in Francia, dopo che il Pozzi ebbe fatto conoscere questo procedimento (2), si accettò egualmente il consiglio dato da questi, adoperando un cordone pieno il cui diametro fosse di mm. 5, sia perchè più resistente, sia perchè più facilmente sterilizzabile.

Numerosi mezzi furono proposti per fissare i capi del laccio elastico, e mantenerli ben serrati intorno al picciuolo: Olshausen si contenta di annodare due volte i capi del laccio, piazzando anche qualche punto di sutura con filo di seta che rannoda intorno al picciuolo per impedirgli di scivolare; Thiersch fa passare i due capi del filo elastico in un anello di piombo che schiaccia e stringe fortemente sui medesimi. Hegar sulle due estremità tese del laccio, situa una prima legatura di seta, ed un po' più distante da questa, una seconda ancora per sicurezza maggiore. Hegar stesso, Pozzi, Collin, Walcher ed altri ancora, fecero costruire pinzette speciali, ovvero più o meno ingegnosi istrumenti per raggiungere la bisogna.

Fin qui però parliamo sempre del governo del picciuolo col metodo extraperitoneale; ma camminando la ginecologia nel suo incessante progresso, ed allorchè i fatti addimostrarono, specie pel trattamento del peduncolo delle cisti ovariche, essere inferiore la mortalità e la morbilità

---

(1) « Traité de Gynécologie opératoire. » Trad. Bar, 1885, pag. 358.

(2) « Note sur la technique de la ligature élastique du pédicule, ecc. « *Bull. de la Soc. de Chir.*, 28 nov. 1883.

delle operate di laparotomia, in cui l'operatore governava il picciuolo e lo affondava nella cavità peritoneale, divenne generale desiderio dei ginecologi, lo estendere a tutti i casi di operazioni sull'utero od annessi, dalla via dello addome, il governo intraperitoneale del peduncolo.

Ma non ostante i miglioramenti delle cifre statistiche, in alcuni casi esisteva l'impossibilità di attenersi a tale metodo ed il metterlo in atto, sarebbe stato temerità che rasenta l' imprudenza. Dato a mo' d'esempio un moncone uterino molto grosso, ricco di fibre muscolari e connettivali e molto vascolarizzato, non essendo per nulla garantiti dall'azione emostatica del filo di seta, la emorragia è possibile, anzi facile, se non in primo tempo per lo meno allorchè avvizziti, i tessuti componenti il peduncolo stesso, l' azione costrittiva del cordoncino di seta, per quanto energicamente possa esser serrato intorno ai tessuti, nel momento dell'atto operativo, vien meno.

Altra volta la controindicazione al governo intraperitoneale del picciuolo uterino, fu data dai pericoli d'infezione in seguito alla comunicazione che necessariamente doveva stabilirsi, dopo lo afflosciamento del peduncolo, tra il cavo peritoneale ed il cavo vaginale e l' ambiente esterno, mediante il canal cervicale della matrice, necessariamente rimasta pervia e beante. Da ciò le suture a molti piani più o meno difficili nella loro esecuzione, oltre la diligente e scrupolosa sterilizzazione della porzione di cavità uterina residuale, cotanto difficile ad ottenersi micoticamente esatta. In vista di questi possibili tristi esiti, spesso a malincuore si era costretti ad attenersi al governo extraperitoneale del picciuolo, che in ogni caso allungava di non poco il corso della guarigione, e non di raro per accidentalità varie cagionava la morte delle operate.

Era giusto adunque e molto razionale, che gli osservatori vagheggiassero la idea di sostituire al cordoncino di seta un cordone di gomma elastica, che proseguendo la sua azione costrittiva sul peduncolo, anche dopo lo afflosciamento del tessuto componente, e mantenendo impervia la cavità cervicale, mettesse l'operatore al sicuro dai pericoli della emorragia e della infezione, introducendo così nel governo intraperitoneale del picciuolo uterino il metodo di Kleeberg-Hegar.

Ma rimaneva un grave problema da risolvere pria di passare alla attuazione del metodo nei casi di affondamento del peduncolo; voglio dire bisognava innanzi tutto assicurarsi, se mai la gomma elastica possa dare suppurazione, dal che grave complicazione ed insuccesso costante;

e furon questi timori precisamente, che ne fecero per molto tempo bandire l'uso dalla pratica ginecologica.

Esistevano, è vero, alcuni fatti isolati, su questo modo di procedere, appartenenti allo Czerny (1) ed a Kaltenback (2); è vero pure che Hegar (3) aveva sperimentato sugli animali le legature elastiche perdute nel cavo peritoneale; ma fu Olshausen che nel 1884 raccomandò particolarmente questa maniera di governo del peduncolo nelle isterectomie sopravaginali (4) specie nei casi in cui l'emostasia perfetta presentava delle grandissime difficoltà. Anzi egli dopo d'aver legato il cordone elastico mediante fili di seta, lo suturava intorno al peduncolo, per impedire e scongiurare i pericoli dello scivolamento. Presso noi il Martinetti riprese gli esperimenti, non conoscendo nè le esperienze di Hegar, nè i fatti clinici di Czerny, di Kaltenback e di Olshausen, e potè dimostrare perentoriamente che la presenza d'un laccio elastico, reso previamente asettico e affondato nel cavo peritoneale, non potere diventar sorgente di pericoli per la operata (5). Anzi le sue esperienze toccarono altresì il punto della quistione, se mai in seguito dei processi adoperati per disinfettare i lacci, questi perdessero addirittura, ovvero venisse diminuito il loro potere elastico e la risposta fu negativa.

Il risultato dei suoi esperimenti adunque fu positivo nella più ampia estensione, e quantunque le esperienze eseguite fossero poco numerose, pure egli estendendo al tessuto elastico, quello che Grawitz e De Barry (6) avevano già stabilito pei liquidi, potette dedurne: « che « l'azione del laccio elastico non è tanto irritante che valga di per sè « sola a produrre suppurazione, quando si abbiano le più scrupolose « cautele di allontanare i microbi. Che se anche il laccio elastico è do- « tato di potere irritante, non può da solo produrre suppurazione, perchè « è necessario che la sostanza irritante prepari il terreno ove i microbi

---

(1) *Centralblat für Gynäk,*. 1879, pag. 519.

(2) « Die Operative Gynäk. » 1881, pag. 441.

(3) « Die intraperitonealen Stielversorgung bei Uterusfibromen, und zur partiellen Extirpation ecc. » *Berl. Klin Wochenschr.*, 1882, N. 12.

(4) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* Bd. XVI, pag. 171, e *Klinische Beiträgen zur Gynäkologie,* 1884, pag. 86.

(5) « Alcune esperienze sul laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, aprile 1888.

(6) *Archiv f. Path. Anat. und Phys.* Bd. VII.

« possano svilupparsi, sicchè dalla combinazione di questi due agenti si « abbia per risultato il formarsi del pus. Nè la gomma è sostanza la cui « composizione chimica può indurre nei conigli suppurazione senza la « presenza dei bacilli, come parrebbe che certe sostanze chimiche faces- « sero in certi animali. »

E bisogna confessare che nell'epoca in cui il Martinetti pubblicava queste sue conclusioni, non pare che si fosse dimostrato categoricamente nella attuazione clinica, la innocuità dello affondamento di un peduncolo serrato nel laccio elastico. Di maniera che è lecito il dedurre che le numerose conferme cliniche ottenute posteriormente, potettero essere o il frutto di questa dimostrazione esperimentale ripresa inconsciamente, ma in migliori e più rigorose condizioni asettiche ed antisettiche, ovvero il miglioramento indotto nei precetti, nella tecnica e nella antisepsi dai primi esperimentatori medesimi.

Certo è che oggi, l'uso del laccio elastico, come mezzo di emostasia definitiva anco nel governo intraperitoneale del picciuolo uterino in seguito della isterectomia, è largamente introdotto nella pratica, e ciascuno oparatore ritrae dal medesimo grandissimo vantaggio, senza che la sua presenza nel cavo peritoneale susciti, nella grandissima maggioranza dei casi, alcun che di speciale, rimanendovi insieme colla parte strozzata del peduncolo, ospite inoffensivo, quando si ottemperò scrupolosamente ai precetti della più rigorosa pratica listeriana.

In Italia, dove l'argomento della legatura elastica perduta del picciuolo interessò molti ginecologi, andò soggetto ad apprezzamenti molto disparati: oltre il Martinetti che ho già citato, il Chiara (1), il Cuzzi (2), il Fasola (3), il Novaro (4), il Truzzi (5), e sono in grado di affermare, anche il mio maestro prof. Morisani, ne sono gagliardi sostenitori. Giu-

---

(1) « Ovariotomia per cistoma, affondamento del peduncolo stretto col laccio elastico, « riferito da Martinetti. *Annali di Ostetr. e Ginecol.*, 1889, pag. 43.

(2) « Un caso di laparomiomotomia con affondamento del peduncolo trattato col laccio elastico. » *Rivista di Ostetricia e Ginecol.*, 1890, pag. 113. — « Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparomiomotomie. » Studii di Ostetr. e Ginecol. (opera dedicata al prof. Tibone,) 1890, pag. 129.

(3) « L'uso del laccio elastico. » Prolusione dell'anno scol. 1889-90. *Ann. di Ostetr. e Ginec.* 1889.

(4) Citato dal Fasola.

(5) « Laparoisterectomia sopravaginale per miofibroma edematoso uterino. » Novara 1891.

dizio affatto sfavorevole ne riportano il Ruggi (1) ed il Bompiani (2), i quali bisogna confessarlo, non sono guidati a questa conclusione da impressioni personali, ma si limitano, come dice il Truzzi, ad affermazioni aprioristiche o basate sopra il ricordo dei pochi rovesci che nell' altrui esperienza si sono talora verificati. I primi per contro, fondano le loro convinzioni, così sopra risultati esperimentali e clinici, come sul responso delle indagini microscopiche, circa le favorevoli trasformazioni del peduncolo affondato con legatura elastica.

Per l' indole del presente lavoro, non posso entrare nella discussione viva ancor oggi, del se, nelle isterectomie sopravaginali debba darsi la preferenza al metodo intraperitoneale od extraperitoneale nel trattamento del peduncolo. È a notare che, anche in questi ultimi tempi, molti prescelgano il secondo metodo, e consultando le statistiche raccolte da Paul Wehmer (3), quelle di Zweifel (4), di Tauffer (5), di Fritsch (6), di Albert (7), l'ultima di Braun Carlo (8), quella di Hegar comunicata a Nicaise (9), ecc., si sarebbe indotti a tale scelta, in vista dei risultati migliori che da esso si sono ottenuti; io però posso dire, tenendo presente quello che vidi, che nello Istituto Ostetrico e Ginecologico di Napoli, il governo intraperitoneale del picciuolo diede risultati molto soddisfacenti, e giornalmente vi si ricorre con fiducia di risultamento completo, senza rimanerne per questo ingannati o delusi. Ma di ciò diffusamente in prossima occasione, in cui una esposizione dettagliata ed ampia discussione al riguardo trova posto ben naturale.

Ho detto che il laccio elastico e la parte strozzata del peduncolo rimangono ospiti inoffensivi, nella cavità peritoneale, tenendo presente la maggioranza dei casi operati fin oggi con successo. Non bisogna

---

(1) « Del trattamento intraperitoneale del peduncolo dopo l' amputazione sopravaginale del corpo dell' utero. » 1890.

(2) « Contributo clinico alla cura chirurgica dei fibromiomi dell' utero. » *Rivista di Ostetr. e Ginecol.*, 1891, pag. 1.

(3) *Zeitscr. f. Geburtsh. und Gynäkologie*, Bd. XIV, pag. 133, 1887.

(4) « Die Stielbehandlung bei der Myomectomie. » 1888.

(5) *Centralblatt f. Gynäkologie*, N. 20.

(6) *Volkmann's Samml. kl. Vortr.*, 1889, N. 334.

(7) « Laparotomien wegen Uterusmyomen. » *Wiener med. Presse*, 1888, N. 13, e 1889, N. 2.

(8) *Wiener med. Woch.*, 1887, N. 22 e 23.

(9) « Répertoire universelle d' obstétrique et de gynécologie. » 1889, pag. 503.

però ritenere, che questo esito sia costante, e che si verifichi in ogni caso, perchè le osservazioni di eliminazione del cingolo costrittore del peduncolo uterino, sia esso elastico o di seta e qualche volta di questo e quello insieme, esistono abbastanza numerose nella pratica, per dimostrare la possibilità d'un esito di tal genere.

È però forza riconoscere, che il modo di loro eliminazione, è diverso nei diversi casi, ed è sopra questo punto che intendo di richiamare l'attenzione, parendomi rarissimo ad avverarsi in pratica, il modo d'eliminazione come nei casi clinici che riferirò, ed addirittura unica finora, una delle osservazioni, per le condizioni anatomiche in cui la parte strozzata del picciuolo venne all'esterno.

Infatti nel maggior numero dei casi riferiti d'espulsione del cingolo costrittore e del moncone uterino, si riferiscono a formazione di suppurazione abbondante, la quale, nei casi in cui non portò allo sviluppo di peritonite mortale (Olshausen, Czerny, Hegar, ecc.), potette indurre degli accidenti gravi, per venir poi eliminato attraverso uno dei fornici vaginali, in cui spontaneamente si apriva un ascesso pelvico, previamente diventatovi aderente, accompagnato dalla sindrome fenomenica che non può mancare in circostanze consimili.

Non furono questi i casi però che richiamarono la mia attenzione, perchè è ovvia la loro osservazione: invece dovevo esser colpito da quelli, in cui la eliminazione del mezzo di costrizione del picciuolo e della parte strozzata del medesimo, si verificava nel silenzio completo di qualsiasi fenomeno che recasse molestia alla operata, e per una via speciale, voglio dire attraverso il restante cavo cervicale della matrice. Per quanto io abbia riscontrato la letteratura ginecologica, casi di simil genere finora non ne furono registrati che due soli: il primo appartiene ad Ahlfeld (1), in cui quantunque non sia esplicitamente dichiarato che la cosa siasi verificata precisamente in tal guisa, tutto induce a crederlo, poichè esso venne eliminato senza che l'ammalata ne venisse per nulla incomodata, precisamente come avvenne nelle osservazioni che verrò riferendo; il secondo spetta al Frascani di Pisa (2), in cui il rigore della osservazione, e l'aver sorpreso il corpo eliminantesi impegnato nel cavo

---

(1) « Berichte und Arbeiten aus der Klinik zu Giessen. » 1881-82, pag. 286, Leipzig 1883.

(2) « Di un modo singolare di eliminazione del laccio e della parte soprastante del peduncolo, ecc. » *Rivista di Ostetr. e Ginecol.* Anno I, N. 17, 1890. Torino.

cervicale, e l'averne praticata la estrazione, mettono al di sopra di ogni contestazione il fatto clinico da lui riferito.

Aggiungerò ancora che nel caso di Ahlfeld venne eliminato un laccio elastico, in quello del Frascani un cordoncino di seta (1). Nei due casi che mi appartengono la eliminazione fu d'un laccio elastico come in quello di Ahlfeld.

Eccone un accenno sommario:

Osservazione I (2).

La signora N. N., di anni 39, di Napoli, i cui dati anamnestici e gentilizii son negativi, fin dal 1886 cominciò ad avere mestruazioni abbondanti ed un po' dolorose, mentre eran state regolari sempre, dall'epoca della loro comparsa (14 anni) fino allora. Nel 1888 cominciò ad accorgersi dell'esistenza d'un tumore nel suo ventre, ma fu solo nel maggio 1885 che si decise a lasciarsi osservare, e soltanto nel 17 novembre del 1890, si sottopose all'atto operativo, essendo essa affetta da *fibromioma cavitario, con salpingo ovarite a destra.* Si pensava di fare l'enucleazione del tumore soltanto, ma atteso l'esistenza di altri piccoli fibro-miomi indovati nella parete anteriore, si procedette alla esportazione dell'organo, adoperando come mezzo di emostasia permanente un *tubo elastico* situato in corrispondenza dell'istmo uterino, ed asportando l'utero, recidendo circa 10 mm. al disopra di quello, infine affondando il peduncolo

---

(1) Credo non superfluo accennare per sommi capi il caso clinico del Frascani:

Adele L... affetta da fibromiomi multipli dell'utero, la maggior parte interstiziali, in vista delle dannose conseguenze che producevano in lei le menorragie, più temibili ad ogni ripetizione, il 10 aprile 1890, venne operata d'amputazione sopravaginale dell'utero. Il peduncolo venne costretto definitivamente con un cordoncino di seta con nodo alla Bantok, e reso così perfettamente ischemico, venne affondato, procedendo poi alla sutura delle pareti addominali. L'andamento consecutivo fu abbastanza regolare, solo il 22 aprile cominciò a fluire dai genitali una abbondante secrezione puriforme, molto fluida, di odore un po' pungente, il 23 questo flusso continua, e con un esame speculare si potè essere certi che esso veniva dal collo dell'utero. Non ostante il perfetto coalito della ferita addominale, e non ostante che l'operata lasciasse il letto ed attendesse alle sue faccende, lo scolo purulento della vagina continua. Il 5 maggio, riosservando l'inferma collo speculum potè estrarre il cordoncino di seta, che ancora in parte era nel canale cervicale, e dopo constatò la esistenza nel sito di un lacerto di un tessuto necrotico, che sospettando esser fatto dalla parte di collo uterino strozzato, abbandonò alla eliminazione spontanea, resistendo alquanto a discrete trazioni praticatevi sopra, la qual cosa avvenne in realtà la mattina del 9 maggio, cioè circa un mese dopo l'atto operativo.

L'esame del pezzo necrotico eliminato, dà ragione all'operatore, in quanto che dimostra esser esso formato dalla parte strozzata del peduncolo uterino.

Dopo la sua espulsione il fluido vaginale scomparisce e la donna è completamente guarita.

(2) Devo questa osservazione clinica alla gentilezza dell'amico dott. N. Postiglione, che volle cedermela onde farne oggetto del presente studio: s'abbia pubblicamente i miei ringraziamenti.

nel cavo del ventre. L'andamento dei primi 12 giorni consecutivi all'atto operativo fu dei più normali, se togli un leggiero vomito nei primi due giorni, del resto temperatura e polsi normali, nessuna dolentia e senso di benessere generale. Al 18° giorno (5 dicembre) però la temperatura monta fino a 38. 5° preceduta da leggiero brivido, da lieve perdita di sangue vivo dai genitali, ed accompagnantesi a piccoli dolori nel basso ventre: ascende assai raramente fino al 39°, e dura in tale stato per circa otto giorni. Tutto pare rientrato al normale, quando il 15 dicembre comincia a verificarsi dalla vagina una perdita siero-purulenta, dapprima scarsa, ma progressivamente aumentantesi in quantità, e dura tale fino al giorno 6 gennaio, allorchè l'operata s'accorge di qualcosa che compare a fior di vulva, sulla quale esercitando trazione, riesce ad estrarre il corpo che descriverò di qui a poco e che è raffigurato nella Tav. I, fig. 1.

Subito dopo la estrazione del corpo estraneo, cessò ogni sorta di perdita dalle vie naturali, ed esaminata con ogni diligenza quasi immediatamente l'operata, si trovano perfettamente integri i fornici vaginali, ed il collo uterino riformato, ma abbastanza ampio.

Dopo ciò l'inferma è perfettamente guarita.

Esame del pezzo anatomico. — Esso consta di tre parti ben distinte fra loro; una e costituita dal moncone uterino (vedi tav. I, *A*), l'altra da pseudo-membrane (*B*), la terza dal tubo elastico e da un cordoncino di seta (*C*).

Non è necessità che m'intrattenga sulla descrizione di quest'ultima parte, poichè la figura si esprime assai più chiaramente di quello che possa far io colla parola. Meritano certamente dilucidazione le altre due porzioni che compongono il pezzo medesimo.

Le pseudo-membrane infatti (*B*), assai irregolari nella loro conformazione, sono impiantate verso il margine inferiore della porzione (*A*) per quasi tutto il contorno della medesima. Esse nel loro sito d'impianto sono abbastanza spesse, e da questo punto partendo, vanno gradatamente assottigliandosi, notando inoltre che qua e colà, sparsi ed assai irregolarmente, mostrano degli ispessimenti ora nodulari, ora a forma pressochè continua. È notevole che una di queste pseudomembrane, abbastanza estesa, è attaccata alla porzione aderente al picciuolo uterino per mezzo di un sottile lacerto, addirittura membraniforme. Anzi ad un altro sottile lacerto, avente larga base d'impianto sul picciolo medesimo, sono attaccati così il laccio elastico, come i cordoncini di seta.

L' aspetto di queste pseudomembrane è gialliccio, la loro consistenza molle; sono assai facilmente lacerabili, e ricoverte di una certa quantità di pus, della qual cosa fu assai facile certificarsi, esaminando microscopicamente sia quello che venne asportato direttamente dalla superficie delle medesime, come adoperando per controllo ciò che era depositato nel fondo del vaso che conteneva il pezzo.

L' analisi microscopica di queste pseudomembrane dimostra che esse son fatte quasi esclusivamente di elementi connettivali, in certi punti più fitti, in altri alquanto più radi.

Più importante è la porzione *A* del pezzo che descrivo: essa rappresenta la sezione di un canale carnoso, a pareti molto spesse (in certi punti misurano fino a mm. 8), dell' altezza di mm. 15, e la cui circonferenza ne misura 135. Questo canale per esser stato obbligato ad occupare, nel senso della circonferenza, il minore spazio possibile, è ripiegato a più riprese sopra sè medesimo, mostrando sparsamente ora delle sporgenze colonnari, ora degli infossamenti a guisa di solchi molto profondi.

Le superficie di sezioni di questa zona di cilindro o canale che dir si voglia, sono regolari, mostrando in qualche punto delle fenditure lineari (*g*) parallele alle pareti in cui son scavate, le quali nel raddrizzamento delle pareti medesime si trasformano in altrettanti canali a forma di fuso nella loro sezione, che ne attraversano tutta l' altezza.

La superficie interna dell' ampia cavità che attraversa il pezzo, è liscia e levigata; la esterna superficie anch'essa levigata e liscia: il tutto è di colorito pallido anemico, ed anco macroscopicamente, nella superficie di recisione, scorgesi una struttura nettamente fibrosa.

Il tessuto che compone detto pezzo, che evidentemente è costituito da una zona del segmento inferiore della matrice, è di consistenza dura leggermente elastica, uniforme in tutta la sua estensione, ed è maggiore ancora là dove maggiore spessezza presentano le dette pareti.

Analisi microscopica. — Distaccate alcune porzioni dal detto pezzo, e trattate coi comuni metodi di colorazione al carminio, s' include in paraffina, ed al microtomo si cerca di ottenere delle sezioni adatte a dimostrare le intime lesioni subìte dai tessuti componenti. Per quanto tentassimo e ritentassimo la prova, non fu possibile ottenerne, poichè la lama del microtomo saltava sul pezzo, tanta era la sua durezza. Ed aggiungerò subito che ciò non poteva attribuirsi a difetto di prepara-

zione o di inclusione, avendo adempiuto scrupolosamente alle regole prescritte.

Fu forza eseguire la inclusione dei pezzi in celloidina, e fu solo così che superando ancora difficoltà grandissime, fu possibile ottenere dei preparati se non ottimi, tali almeno da rendere chiaro alla mente il concetto delle alterazioni anatomo-patologiche rinvenute.

Da numerosi preparati osservati infatti con ogni diligenza, si scorge innanzi tutto come gli elementi che compongono il tessuto siano affatto sforniti di qualunque traccia di nucleo, lo che chiaramente esprime, che le cellule componenti abbiano perduto il loro potere vitale. Inoltre voluminosi fasci di fibre elastiche, disposti nel senso della lunghezza del pezzo esaminato, formano quasi la totalità del tessuto che compone il moncone espulso. Qua e là si vedono degli spazii ripieni evidentemente da fascetti di fibre muscolari che sono in istato di degenerazione molto avanzata, tale da mostrarsi appena appariscenti per il loro contorno, essendo scomparso completamente il sarcolemma e qualsiasi traccia di nucleo (Zeis oc. 3 ob. *A*).

Adoperando più forte ingrandimento (oc. 3 ob. *C* o *DD*) cosiffatta costituzione del preparato, e le alterazioni intime degli elementi che ne costituiscono il tessuto si mostrano ancor più chiaramente, facendo rilevare altresì come la mucosa, che ricovre una delle faccie del pezzo, sia ridotta soltanto ad uno strato di cellule più o meno alterate nella forma, ma pressochè rotondeggianti, anche esse sfornite affatto di nucleo. La faccia che dovrebbe esser ricoverta di peritoneo, non mostra più alcuna traccia di elementi costituenti la detta membrana. Per amor di brevità non riferisco altri particolari, bastando quelli che accennai per dimostrare la morte degli elementi che compongono il tessuto, con conservazioni perfette della loro forma.

Osservazione II.

Anno scolastico 1890-91. Numero del registro ginecologico d'accettazione 37. Giaquinto Grazia, di anni 32, attendente a casa, ricovera nell'Istituto Ginecologico di Napoli il 10 marzo 1891, perchè affetta da *mio-fibroma interstiziale della parete posteriore dell'utero.*

Donna polisarcica, ben conformata e di sana costituzione, non presenta alcun che di rimarchevole nei suoi dati gentilizii. Mestruata a 14

anni regolarmente, passò a marito quattro anni or sono. Abortì due volte; la prima al secondo, la seconda al terzo mese di gestazione: non ebbe in seguito altre gravidanze. Son più di due anni che soffre di menorragie nell'epoca mestruale, accompagnate da dolori.

Utero che raggiunge la cicatrice ombelicale, ed a sinistra la supera, duro, spostabile; collo uterino normalmente lungo: attraverso i fornici si percepisce nettamente parte della massa neoplastica; il riscontro combinato fa riconfermare la mobilità dell' utero così aumentato di volume.

La sonda aggiunge criteri positivi alla diagnosi.

Il 1.° aprile si procede alla isterectomia sopravaginale, eseguendo l'emostasia permanente col mezzo d' un *tubo elastico*, affondando il peduncolo nel cavo peritoneale.

L' andamento post-operatorio fu dei più normali, fino al 23 aprile, quando si verificò dalle vie naturali una discreta perdita di sangue arrestatasi dopo poco spontaneamente, ed immediatamente seguita da fuoriuscita di alquanto pus, continuato a venir fuori piuttosto abbondantemente. Finchè rimase in clinica, col riscontro digito-vaginale non si toccò giammai corpo estraneo che procedesse dal cavo cervicale, od apertura anormale nei fornici vaginali, mantenendosi la temperatura altresì sempre normale. La donna fu dimessa, se togli la leggiera perdita purulenta, in perfetto stato di salute il dì 23 maggio.

Il 9 giugno, senza incomodo di sorta, e nell' atto di defecare, sente cadere dalla vagina un corpo estraneo che raccoglie, e porta immediatamente in clinica.

Esamino immediatamente la donna, trovo il collo uterino in condizioni normali, ed i fornici perfettamente integri. Per esser più certo del fatto, presento il pezzo al mio maestro, Direttore della Clinica, che riosservata la donna, all'esame speculare, nota leggiera perdita di materia purulenta attraverso il cavo cervicale, ed i fornici assolutamente integri.

Procede all'esame del cavo della cervice, che è perfettamente pervio, da permettere l'introduzione della sonda per circa sei centimetri, e penetrerebbe di più se lo si volesse, suscitando lieve dolore.

Rivedo l'ammalata il giorno dopo; mi riferisce che dopo lo esame praticato ebbe poche macchie di sangue e più nulla, essendo cessata completamente la perdita purulenta.

Esame del pezzo espulso. Esso è costituito da un pezzo di tubo elastico della lunghezza di cent. 8, i cui estremi sono strettamente serrati da un cordoncino di seta: da questo punto partono altresì quattro fili dell'istesso cordoncino, che si estendono fino all'estremo opposto del cercine constrittore, in cui era stato mutato il pezzo di tubo.

Attaccato al posto di riunione dei due capi del tubo, trovasi una lacinia membranacea, ricoverta di pus, per cui il suo aspetto è giallastro, ed in un certo punto della sua estensione, rinviensi un pezzetto di cordoncino di seta, che evidentemente dovette servire per allacciatura di qualche voluminoso vaso.

Io non mi intratterrò di più sul riguardo, perché dettagli maggiori si possono rilevare dalla tav. I, fig. 2.ª rappresentante precisamente il pezzo espulso, di cui ho dato una breve e sommaria descrizione.

È evidente che la prima osservazione clinica che ho riferita ha un grande interesse, nello stato attuale delle nostre conoscenze relative a fatti simili, per lo stato anatomico particolare in cui venne espulsa la parte strozzata del peduncolo uterino.

In fatti se noi riandiamo per un momento sugli esiti possibili che può subire questo picciuolo, noi vediamo assai agevolmente, come esso, nel maggior numero delle volte, rimane ospite inoffensivo nel cavo del ventre, involgendosi in tessuti di novella formazione; ed in questi casi esso non subisce mortificazione, ma continua a nutrirsi, sebbene stentatamente, sia a spese della parte sottostante alla ligatura ed attraverso questa medesima, sia anche, e credo maggiormente probabile, a spese delle parti circonvicine, con cui contrae più o meno sollecitamente, aderenze più o meno intime. In qualsiasi maniera, la parte strozzata del picciuolo, ha una nutrizione assai oscura, insufficiente a sostenere la forza della rigenerazione cellulare, per cui essa a capo d'un certo tempo subisce un lavorìo lento di degenerazione granulo-grassosa, dal che facile e possibile il riassorbimento, secondo le leggi della fisiologia patologica.

Ma allorquando le cose non procedono così come ho riferito, allorchè il riassorbimento non fu possibile, massime nei casi in cui per presenza di germi specifici, capitati nella località, non sappiamo precisamente per quale via, la parte strozzata del peduncolo subì una fusione purulenta, se non risvegliò fenomeni gravi e mortali di affezione peritoneale, come nei casi riferiti da Hegar, Olshausen e Czerny, si formò un ascesso il quale, previe aderenze con uno dei fornici vaginali, si

vuotò per le vie naturali, dando poi più o meno lontanamente la eliminazione del laccio elastico (Hegar). Casi di simil genere non raramente s'incontrano nella pratica ginecologica.

Incomincia la rarità della cosa, allorchè cerchiamo osservazioni cliniche in cui il laccio elastico viene espulso attraverso il cavo cervicale, rimanendo integri assolutamente i fornici vaginali; pel quale canale vien pure evacuato il pus formato nel cavo ascessoidale, costituitosi intorno al picciuolo, col mezzo di membrane di nuova formazione. Ahlfeld e Frascani riferirono osservazioni di simil genere (quantunque nel caso di quest' ultimo trattavasi d'un cordoncino di seta), alle quali bisogna aggiungere la mia seconda osservazione, che è del tutto identica a quella dello Ahlfeld.

La rarità cresce ancora, allorchè insieme col laccio costrittore del peduncolo, viene eliminata la porzione strozzata del medesimo, ed il tutto insieme attraverso la cavità cervicale. Che io mi sappia, fin oggi non ne esistono che due sole osservazioni, quella del Frascani, e la prima che ho riferita.

Quest'ultima però mostra qualche cosa di speciale, che a mio credere, anche quando i casi si moltiplicassero, non può riscontrarsi con grande frequenza.

Infatti nel caso del Frascani, il pezzo, che prima di eliminarsi, mostravasi attraverso la cervice come un *lacerto di tessuto necrotico ricoperto di mucco filante,* ad eliminazione completa, sebbene il pezzo mostrasse i caratteri netti della sua costituzione, da poterne riferire alcuni dettagli, pure esso rappresentava *uno straccio di tessuto molle ed un po' fetido.* È assai chiaro che la porzione strozzata del picciuolo eliminata, era in preda d'una necrobiosi, che fra non guari ne avrebbe indotta la fusione completa, se non fosse stata espulsa, la qual cosa precisamente avvenne nella mia seconda osservazione. Tal fatto trova certamente facile e congrua spiegazione nella necrosi anemica del tessuto strozzato, nella penetrazione dei cocchi della suppurazione, dal che il corteo fenomenico, che si verificò nei casi riferiti.

Diversa affatto è la cosa nella mia prima osservazione, nella quale la parte espulsa, non solamente non subì alcun rammollimento, non ostante il lavorìo di suppurazione che si dovette stabilire nel suo dintorno, ma per contro, conservando le apparenze d'un tessuto fibroso, divenne ancor più duro, da acquistare una consistenza quasi coriacea;

e la sua conservazione fu così perfetta, da potersene eseguire l'analisi istologica, la quale svelò le alterazioni intime verificatesi nella trama del tessuto.

D'una cosiffatta particolarità, io non saprei dare spiegazione, se non vera, a questa per lo meno molto approsimantesi, se togli quella che deve dedursi dalla costituzione del pezzo, rilevata dall'analisi istologica. Ed in realtà esso è costituito quasi esclusivamente di tessuto elastico, le cui fibre al certo resistono potentemente alla macerazione, massime poi alla degenerazione granulo-grassosa ed alla necrosi anemica, per quanto assai facile è quella che mostrasi nelle fibre muscolari: se dunque la anemia da costrizione può, nei casi ordinarii, alterare cosiffattamente l'intima biologia cellulare, da trasformare in una gocciola di grasso riassorbibile dall'organismo il tessuto muscolare, è certo che quando il tessuto medesimo è formato da fibre elastiche in massima parte, esso conserva, *mutatis mutandis*, la primitiva forma macroscopica, ed o è espulso come tale, ovvero il suo riassorbimento deve rappresentare un lavorio molto più lungo e molto più stentato.

E che le cose debbono procedere così, ne troviamo la conferma nell'analisi del pezzo di cui tratto: in esso infatti, fra l'un fascio e l'altro di tessuto elastico, troviamo degli spazii più o meno ampi, in cui chiaramente si notano segni di degenerazione e morte delle cellule muscolari, che primitivamente concorrevano a formare parte del parenchima del segmento inferiore dell'utero asportato.

Quello che bisogna affermare però è che l'abbondanza del tessuto elastico, nel caso di cui parlo, è quale non si trova normalmente, dal che anche un esito eccezionale: che se il tessuto muscolare sovrabbondasse sul quantitativo delle fibre elastiche, è evidente che degenerate quelle, queste verrebbero espulse sotto forma di cencio.

Forse una riconferma a quanto io dissi può esser apportata dal Frascani, il quale, conservando il pezzo espulso, ove mai ne eseguisse l'analisi istologica, *potrebbe* rinvenirlo costituito da fasci di fibre elastiche più o meno numerosi, in mezzo ai quali trovansi impigliati elementi muscolari in via di degenerazione o già degenerati, ed in ogni caso ripieni di corpuscoli di pus.

Un fatto che io credo non trascurabile, e che richiamò la mia attenzione, fu la costanza con cui l'eliminazione del laccio, fu preceduta dalla suppurazione. Ora il germe per la suppurazione penetrò nel sito nel

V. Lauro - Due casi di eliminazione del laccio elastico e della parte strozzata del peduncolo attraverso la cavità del moncone uterino ecc.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 SEP 91
LIBRARY

momento dell'atto operativo, trovavasi nella porzione di cavità della matrice rimasta al di sopra del sito dello strozzamento, ovvero per avventura vi penetrò dallo esterno in secondo tempo? Francamente io mi sottoscrivo a quest'ultima ipotesi, poichè se i cocchi della suppurazione si fossero depositati *in loco*, nell'atto della operazione, ovvero esistessero nel cavo del moncone, i fenomeni d'una peritonite purulenta divamperebbero in primo tempo, e non so dire se menerebbero in ogni caso alla eliminazione del laccio, od a qualcosa di molto più grave. Inoltre è a considerare che pel potente strozzamento del peduncolo, massime con un laccio elastico, a capo d' un tempo, che non si può determinare esattamente, ma che è sufficiente per dare una produzione di pseudomembrane, le quali possono coinvolgere picciuolo e laccio e renderli extra-peritoneali per così dire, si avvera il distacco della parte strozzata dal resto del moncone uterino. Nel qual caso, siccome l'orifizio interno del collo della matrice non ha potuto occludersi, essendo esso rivestito da mucosa normalmente rivestita di epitelio che ne rende impossibile l' adesione delle pareti, è evidente che col suo mezzo, ed attraverso il cavo cervicale, può esservi conduzione di germi che si possono trovare o nell' ambiente, ovvero nel canale naturale, dal che risveglio della suppurazione, che in secondo tempo, ed ove non arrivi a fondere tutto il tessuto di cui è fatta la parte strozzata, darà la eliminazione del mezzo costrittore non solo, ma altresì del picciuolo medesimo.

Il modo di eliminazione però, se si comprende con facilità nei casi di apertura dell' ascesso attraverso i fornici vaginali, non è egualmente chiaro quando la eliminazione si fa attraverso il cavo del moncone uterino. Or quale è, ovvero può essere il probabile meccanismo di eliminazione?

Il Frascani così si esprime al proposito:

« I lembi peritoneali dei legamenti larghi di ambo i lati devonsi « essere riuniti fra loro e colle ripiegature sierose anteriori e posteriori, « si deve essere organizzato nella parte più bassa del peritoneo un es- « sudato, da cui derivò un tessuto di cicatrice, una specie di capsula, « che ricoprì il peduncolo, e che separò la cavità addominale dall'esterno. « In nona giornata dalla operazione, quando cioè la donna ebbe leggera « elevazione termica, per la presenza della nuova cavità, formatasi della « porzione di peduncolo separatasi dall' altra in seguito a necrosi, si « iniziò un processo flogistico, che invece di completare in basso lo in-

« capsulamento di questa specie di corpo estraneo, passò in suppurazione, « ed il pus, essendo rimasto pervio il canale cervicale, si fece subito e « facilmente strada al di fuori, con il che cessò ogni reazione febbrile, « e si ebbe in seguito per questa via la espulsione del filo e del mon- « cone uterino. »

Il meccanismo della espulsione esposto dal Frascani è vero, ed io mi vi sottoscrivo completamente; solo è a riflettere che innanzi accennai di già alla ragione anatomica, per cui non si può occludere l'orifizio interno del collo uterino per saldamento de' suoi margini, ora aggiungerò che se il tessuto che lo compone è cotanto cedevole da permetterne il dilargamento fino al punto da lasciarsi attraversare dalla porzione staccata del picciuolo, la espulsione di questa sarà possibile. Ma se o per formazione di pseudomembrane, questo orifizio rimane occluso, ovvero per poca dilatabilità del tessuto che lo compone, mal si presta a questo meccanismo speciale di eliminazione, è necessità che la espulsione si verifichi per tutt' altra via che non sia quella del cavo cervicale. E nei casi che ho riferito esiste una circostanza assai favorevole a rendere cedevole il tessuto della cervice uterina, fino al punto da dare un grado di dilatazione tale da permettere l'espulsione del rigido e voluminoso pezzo come nella mia prima osservazione. Voglio alludere al passaggio pressochè continuo d' un liquido capace di rammollire il tessuto del collo dell' utero, intendo parlare del liquido siero-purulento che per parecchi giorni e continuatamente bagnò il medesimo. In questo caso mi par riprodotto esattamente il meccanismo d' azione delle doccie alla Kiwisch, come mezzo di preparazione del collo dell'utero nella provocazione del parto prematuro.

Aggiungerò inoltre che nel modo d' eliminazione descritto dal Frascani, avvi una riconferma della indispensabilità che rappresentano i cocchi nella produzione della suppurazione, ed il tempo in cui essi penetrano nel campo della operazione è chiaramente intravveduto; poichè, come ho già innanzi esposto, nel momento della recisione della parte strozzata, rimasto beante l'orifizio interno del moncone, è facile, non mantenendosi perfettamente sterili le vie, che germi penetrino, dal che condizioni speciali che impediscono lo incapsulamento perfetto del pezzo per alterazione di quel lavorìo riparatore, che in condizioni completamente asettiche, si stabilisce *in loco.* Or date queste condizioni favorevoli si comprende come, impegnatosi appena un segmento del moncone nel

cavo della cervice, la pressione endoaddominale e gli sforzi volontarii della donna, ne producano la espulsione con quel medesimo meccanismo, con cui la contrazione uterina produce l'espulsione del prodotto del concepimento. Cosicchè queste forze a cui io credo dovuta la eliminazione della parte strozzata del picciuolo e del laccio elastico, completano il meccanismo chiaramente intravveduto dal Frascani, essendo che non si potrebbe diversamente concepire il modo come questa eliminazione possa verificarsi.

Ed ora dimanderò a me medesimo, qual sorte corre l'orifizio interno del moncone uterino?

Il mio maestro, al proposito, mi riferiva d'un caso appartenente al Koeberlé, in cui questi avendo operato una donna di isterectomia sopravaginale, a capo d'un certo tempo nella medesima ottenevasi una gravidanza addominale. È evidente dopo ciò, che il cavo del moncone dovette esser pervio per permettere agli spermatozoi di penetrare fin nel sito ove trovavasi l'ovulo per fecondarlo, dal che la gravidanza, la quale per manco dell' utero, si sviluppò nel cavo addominale. Nella seconda osservazione che ho riferito, ho avuto cura di far notare come all'esame praticato colla sonda, si giunse a passar oltre l'orifizio interno del collo uterino, e che la sonda sarebbe penetrata di più se si fosse voluto. Ora è certo che questo interno orifizio rimane beante, però è da ritenere per dimostrato, che per le aderenze post-operatorie che si verificano nei lembi peritoneali, esso mette in comunicazione esclusivamente il cavo vaginale, con quella cavità preternaturale che formasi intorno al picciuolo per le pseudomembrane di cui questo si circonda. Che se in un secondo tempo questo interno orifizio non permetterà il passaggio d'un corpo estraneo, capace di attraversarlo, non è a ritenersi che le sue pareti siano fra loro aderite, perchè, giova il ripeterlo, a ciò si oppone la esistenza dell'epitelio della mucosa, il quale per conservare le sue qualità fisiologiche, ne rende impossibile il saldamento. Bisogna convenire per contro, che questo orifizio rimane occluso, perchè le pseudomembrane prodotte dal lavorìo infiammatorio, passando nella fase di retrazione, ed ispessendosi, si accollano sul moncone medesimo, occludendone perfettamente l'orifizio di sbocco verso la cavità addominale, di cui è impossibile il saldamento rispettivo delle pareti.

Se non isbagliai il mio giudizio, mi pare di aver dimostrato.

1.° Che la legatura elastica perduta del peduncolo nelle isterectomie

soprovaginali, rappresenti un perfezionamento ed un acquisto della pratica ginecologica.

2.° Che il laccio elastico e la parte strozzata del picciuolo, se nel maggior numero dei casi rimangono incapsulati nel cavo del ventre, subendo una degenerazione più o meno sollecita, possono essere anche qualche volta espulsi.

3.° Che assai raramente questi vengono espulsi attraverso il canale cervicale del moncone, ed il meccanismo di questa espulsione, è dovuto alla permeabilità del canale, alla pressione endoaddominale ed agli sforzi volontarii della donna.

4.° Che lo stato della porzione strozzata del picciuolo, nei casi in cui non se ne verificò la fusione completa, può avere diverse apparenze, a seconda della mortificazione, maggiore o minore che avrà subìta.

5.° Infine che l'orifizio interno del picciuolo, non può occludersi per saldamento delle pareti, ma per sovrapposizione di materia plastica.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

IDRAMNIOS ACUTO

CONTRIBUTO DI CASUISTICA — CONSIDERAZIONI CRITICHE

DEL

Dott. F. VILLA

(*Continuazione, vedi pagina 452*).

La frequenza colla quale l'idramnios ricorre nei gemelli e specie in quelli uniovulari fu constatata già da lungo tempo, come fanno fede le osservazioni di Hüter, Lambl, Bilat, Weber, ecc.; ma solo nell'ultimo decennio si fece una categoria a parte di questi casi pei quali si pensò ad un momento eziologico speciale, poichè la circostanza dell'essere le circolazioni sanguigne dei feti legate da anastomosi, assunse nella mente degli ostetrici altissimo valore causale di perturbamenti circolatorii. E la differenza di sviluppo dei gemelli e la sproporzione fra le raccolte idramniotiche dei due sacchi e la formazione degli acardiaci, fatti gli uni costanti, gli altri frequentemente, e gli altri rarissimamente ma pur sempre concomitanti alla condizione d'intimo rapporto nell'origine e nello sviluppo dei due feti, autorizzano a ritenere che realmente meritino grandissima importanza le circostanze affatto speciali delle comunicazioni fra i rispettivi circoli placentari. Le quali, riconosciute fin dallo scorso secolo e studiate e descritte da molti autori, vennero ultimamente illustrate dallo Schatz (1), che raccolse tutta la letteratura esistente in proposito e studiò partitamente ed a fondo la questione dal lato embriologico, anatomico e fisiologico, emettendo una speciale teoria sulla funzione

(1) Friederich Schatz. « Die Gefässverbindungen der Placentakreislauf eineiiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folgen. » *Archiv fur Gynaekologie.* Bd. XXIV, XXVII, XXIX, XXX.

delle anastomosi stesse. L'ufficio o meglio l'effetto di queste venne diversamente interpretato e valutato, e fra i primi Frankenhäuser inclinò a credere che in causa della comunicazione fra le due circolazioni, l'attività cardiaca dell' uno dei feti prevalesse su quella dell'altro, determinando in questo stasi e debolezza cardiaca, mentre che nel primo queste condizioni non esisterebbero e quindi la trasudazione si troverebbe aumentata. Ricordando che nei gemelli di questa categoria, il polidramnios d'un sacco si verifica piuttosto rapido, tanto che in un mese si arriva alla formazione di cospicue raccolte, e che spesso l'idropisia si effettua anche nei limiti ammessi dallo Charpentier come propri all' idramnios acuto, rinvio il lettore e per la storia di questo studio e per le obbiezioni al modo di vedere di Claudius, Frankenhäuser, Ahlfeld, Sällinger, Nieberding, ecc., alla memoria già indicata dello Schatz, bastandomi di accennare le teorie, riflettenti l'importanza, l'ufficio e gli effetti delle anastomosi, che in oggi si trovano di fronte, e che godono di maggior credito, sebbene non siano al coperto da critiche e da appunti gravi.

Tanto Küstner quanto Schatz si basano appunto sui rapporti predetti delle due circolazioni placentari e quindi le anastomosi sarebbero imputabili delle note conseguenze del polidramnios unilaterale, delle differenze fra lo sviluppo dei feti, dell' edema, dell'ascite, delle lesioni epatiche, ecc., di quello idramniotico; ma, mentre per l'uno, la modalità delle anastomosi sarebbe causa prima e necessaria delle alterazioni indicate, per Küstner le comunicazioni placentari sarebbero capaci di tali effetti solo in conseguenza di speciali circostanze. Queste opinioni dividono altri, fra i quali il Truzzi (1) che appoggia l' influenza dell'inserzione velamentosa ed il Philipps (2) che, a placente comunicanti, ammette come elemento primo patogenico dell' idramnios una condizione fisica generale o locale modificante la pressione sanguigna ed ostacolante la circolazione fetale. Le anastomosi fra le correnti sanguigne, come facilmente si comprende, sono da principio tutte capillari e si formano come i vasi allantoidei alla superficie del corion, ma collo svilupparsi degli embrioni si producono delle modificazioni risguardanti non solo

---

(1) E. Truzzi. « Ancora dei rapporti eziologici tra l'inserzione velamentosa del cordone ombellicale, l'idramnios e le anomalie di sviluppo del feto. » Appunti di casuistica ostetrica. *Gazz. med. Ital.*, 1883.

(2) John Philipps. « The etiology and patology of hydramnios, etc. »

il volume dei vasi anastomizzantisi, ma anche il numero e le qualità delle anastomosi, tanto che a placenta formata si hanno secondo Schatz (1):

1.° anastomosi capillari superficiali residuanti dalla primitiva formazione capillare superficiale, trascurabili;

2.° anastomosi superficiali arteriose non capillari più spesso semplici che doppie;

3.° anastomosi superficiali venose non capillari più spesso semplici che doppie;

4.° anastomosi capillari intravillose.

Ne risulta l'esistenza di una terza circolazione la quale effettua lo scambio sanguigno fra i due feti, sia in modo diretto per mezzo dei tronchi superficiali macroscopici, che indirettamente per effetto dello scambio in grembo alla placenta. Per Schatz (2) la corrente di questo terzo centro circolatorio (così da lui nominato) che va dal primo al secondo gemello, non essendo assolutamente identica a quella che dal secondo va al primo, risulterebbe nella maggior parte delle placente gemellari un'asimetria dinamica del così detto terzo centro circolatorio, la quale spesso non essendo compensata dalle anastomosi, darebbe luogo a modificazioni funzionali nei corpi dei feti e spiegherebbe le differenze che si riscontrano in essi. Asimetrica sarebbe tale circolazione quando nell'unità di tempo l'uno dei feti trasfondesse al fratello una quantità di sangue maggiore di quella che riceve da questo, e gli effetti sarebbero riconoscibili tanto nella placenta che nei cordoni e nei corpi fetali.

Ed ancora per Schatz « le conseguenze delle anastomosi non ponno essere messe in conto nè di una supposta primitiva differenza dei due cuori, nè di una ineguale ripartizione della prima rete allantoidea e rispettivamente della metà placentare dei due feti, nè in rapporto al modo col quale è costituito questo terzo circolo, ma unicamente all'intensità dell'asimetria ed alla grossezza della corrente della terza circolazione. »

Da parte di molti, fra cui bastami il citare Ahlfeld, Schroeder e Küstner, al quale specialmente rinvio il lettore, sono state sollevate obbiezioni aventi la loro ragione nel non riuscire spiegabile come i vantaggi derivati al feto favorito non abbiano a modificare od a togliere di

---

(1) Loco citato, Bd. XXIV, pag. 355.

(2) Loco citato, Bd. XXIV, H. III, pag. 365.

mezzo l'asimetria, e come l'altro feto obbligato ad una fatica notevole non abbia a presentare alla sua volta ipertrofia cardiaca.

Küstner invece ritiene per certo che « il luogo e la maniera della formazione della placenta abbiano influenza più favorevole per l'uno dei feti che non per l'altro. Una tale differenza potrebbe sorgere dal fatto che non nello stesso momento, nei due feti, l'allantoide si stringa al chorion, ovvero anche perchè il decorso dei vasi ombellicali di un feto alla placenta sia più lungo, come per disvio avviene nella inserzione velamentosa. » (1).

Il feto con funicolo inserito sulle membrane, per colpa della meno facile circolazione feto-placentare, non può ricevere che minor copia di sangue, epperò deve essere il suo sviluppo più languido e più stentato che non quello dell'altro feto con funicolo ad inserzione placentare, anzi al cuore di quest'ultimo deve affluire una così prevalente quantità di sangue da produrvi per l'eccessivo lavoro una vera ipertrofia ecc.

Ed egli tentò di rappresentare graficamente l'influenza meccanica che una circolazione fetale può esercitare sull'altra quando vi sia inserzione velamentosa del cordone o differenza fra intensità di forza dei cuori, ammettendo che il feto più potente scacci man mano l'altro dai territorii vascolari che gli appartengono, estendendo vieppiù la sua giurisdizione nel comune campo della sanguificazione placentare e ricevendo quindi maggior copia di materiale nutritivo. Ma se in casi consimili è lecito credere che il sangue possa trovare un ostacolo nella speciale inserzione del cordone, tuttavia tale stato di cose manca in altre osservazioni, nelle quali la circolazione sanguigna, o per deficienza cardiaca o per qualsiasi altra ragione è meno attiva e meno valida in uno dei feti, e però la spiegazione fornita da Küstner relativamente all'usurpazione di distretti placentari da parte del feto favorito non può reggere che qualora si abbia a fare con placente appartenenti alla prima categoria di Schatz (2), « placenta senza anastomosi superficiali ma con molteplici aree cotiledonari di trasfusione (Zottentransfusionbezirken), » inquantochè le importanti anastomosi superficiali costituirebbero altrettante valvole per lo scarico dell'eccesso di pressione.

---

(1) Mueller. *Handbuch des Geburtshülfe.* Bd. II, 1889, p. 570.

(2) Loco citato, pag. 362.

Se da un lato Küstner ammette l'influenza della primitiva differente intensità d'azione dei due cuori, Schatz la esclude, ma tale circostanza, la diversità di forza cardiaca, è veramente ipotetica?

Da un punto di vista ipotetico è permesso il supporre che i due embrioni occupino nella loro ubicazione rispetto alla serotina, delle posizioni diverse riducibili a tre tipi.

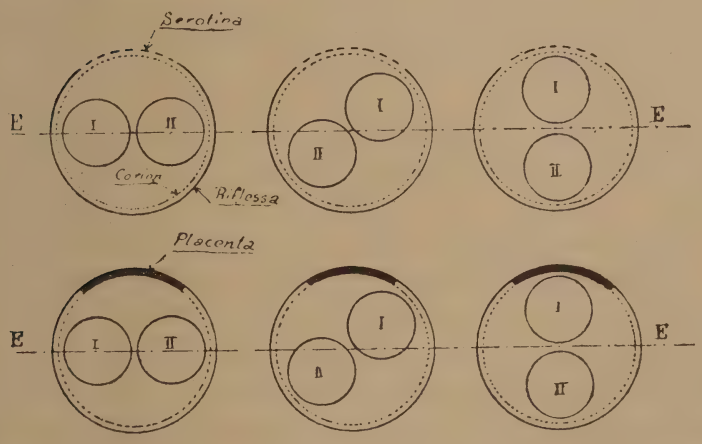
Supposta la cavità dell'uovo attraversata da un piano che passi per l'equatore e che sia parallelo all'arco di corda di quel segmento del circolo che è occupato dalla serotina si può avere:

1.° Ambo gli embrioni si sviluppano con una parte pressochè uguale od uguale tanto nell'una che nell'altra metà dell'uovo (Fig. I).

2.° Un embrione si sviluppa prevalentemente nella metà dell'uovo che è a contatto colla serotina e viceversa (Fig. II).

3.° Un embrione si sviluppa nella metà dell'uovo che è a contatto colla serotina e l'altro nella metà che è a contatto colla riflessa (Fig. III).

Fig. I. Fig. II. Fig. III



Uguale ripartizione dell'area del futuro corion frondoso.
Placente uguali di superficie I = II.

Ineguale ripartizione dell'area del futuro corion frondoso.
Placente di ineguali superficie I > II.

Il I embrione espande prevalentemente la sua allontoide su zone che si rendono permanenti; il II embrione è in condizioni affatto opposte.
Teoricamente l'embrione II non potrebbe sopravvivere all'epoca nella quale si atrofizzano le villosità in rapporto colla riflessa.

Nulla si oppone a credere che date tali eventualità al momento nel quale le allantoidi si espandono e vanno a porsi a contatto col corion, quella appartenente all'embrione I, assuma rapporti più estesi con quella parte del corion che si renderà permanente che non l'altra allantoide dell'embrione II, qualora si verifichino le ipotesi II e III. Se ne dovrebbe concludere che, poichè nei gemelli uniovulari le placente, la di cui formazione dipende dall'allantoide, sono originariamente sviluppate indipendenti, la placenta del feto 1.° sarà nei casi II e III più estesa di quella del feto 2.°

Tutti gli osservatori notarono che la superficie della placenta è in questi casi per lo più assai inegualmente divisa e che al feto più sviluppato, a quello idramniotico appartiene la porzione più estesa e come ora si vide nulla si oppone all'ammettere che l'ineguale ripartizione del terreno nutritizio della placenta si effettui primitivamente. Ma di più esistono altri dati che permettono di appoggiare questo concetto, che non si tratti cioè di un'ipertrofia placentare unilaterale prodottasi lì per lì assieme alla raccolta idropica, dovendosi inoltre escludere che la sproporzione fra le aree spettanti ai singoli feti sia apparente, ossia devoluta a ciò che la parete amniotica del sacco oligoidramniotico sia stata scollata e respinta dall'omonima parete dell'altro sacco, oppure che la maggiore estensione esista a spese di alterazioni. Infatti la placenta nella parte spettante al feto più grosso non si mostra nè più spessa nè più resistente, nè conformata in modo da riuscire evidente la differenza di costituzione anatomica col resto della saccoccia, e le dimensioni ed il peso di essa non superano la media, ed infine l'esame microscopico fatto in alcuni riuscì negativo. Se si trattasse di un processo d'ipertrofia placentare, questa dovrebbe prodursi conseguentemente allo stabilirsi dello squilibrio circolatorio da cui ripetesi l'idramnios e poichè, siccome già dissi, questa specie di casi appartiene o rasenta da vicino la categoria dell'idramnios acuto, tale ipertrofia dovrebbe avverarsi in un lasso di tempo alcune volte troppo breve (10 o 12 giorni), perchè non fosse disordinata, tumultuaria e con impronte appariscenti d'edema, o di stravasi, o di iperemia, o di congestione, ecc.

Ammessa quindi come essenzialmente primitiva la sproporzione fra le singole aree placentari, non è forse lecito il ritenere che a tessuto sano e senza differenze di spessore, la maggior estensione ossia la maggior quantità di placenta sia capace di impartire al feto corrispon-

dente una nutrizione generale più florida ed un' attività cardiaca più valida?

La differenza di sviluppo riesce evidente anche nei gemelli uniovulari che nascono sani e che sopravvivono, ed è senza confronto più appariscente nei casi d'idramnios, come risulta nettamente dall'esame delle osservazioni raccolte; ma poichè essa differenza va d' accordo ed è per così dire proporzionata con quella fra le aree placentari, questa alla sua volta può benissimo nei casi d' idramnios acuto servire a spiegare il perchè un gemello sia più sviluppato dell'altro. Ahlfeld si è pronunciato contro « l'unità eziologica di un insieme complesso di fenomeni, » e Kruse opina apertamente che si debbano trattare completamente a parte la causa dell' idramnios e quella della differenza corporea dei frutti, perchè non vi è alcuna ragione che sforzi ad ammettere che tutte e due dipendano da un' unica e stessa causa ed il quadro intiero si spiega semplicemente come la complicazione di due fatti perfettamente indipendenti l' uno dall' altro.

Invero come sarebbe spiegabile per Schatz, questo mio caso in cui se si tien conto dell'edema del cordone e della cute, della raccolta peritoneale, e di quella orinosa, la differenza di 25 gr. esistente fra i gemelli scompare, e quindi il bambino idramniotico è più leggiero dell' altro?

Ma se questo caso sembra ritorcersi alla sua volta contro il concetto di mettere lo sviluppo fetale in rapporto coll' estensione dell' area placentare, ciò in realtà non è vero.

Infatti mentre al peso maggiore del corpo corrispondono per regola e come è derivabile dalle tavole di Küstner, Schatz e Werth, visceri più sviluppati e così cuore e reni più voluminosi, e fegato più pesante (astraendo naturalmente dalla cirrosi di Küstner propria dei periodi avanzati, finali del quadro) in questa mia osservazione il feto idramniotico realmente meno pesante offrì visceri altamente ipertrofizzati in confronto a quelli del gemello il cui cuore vuoto e retratto ed i cui reni pure retratti facevano supporre che avessero da tempo rinunciato al loro ufficio.

Ed il grado d' atrofia di questi organi appare assai elevato, se si fa confronto col caso di Kruse nel quale i pesi dei visceri erano pressochè uguali a quelli che sono indicati in questo mio, ma lo sviluppo generale era minore di 165 grammi. Le storie cliniche riportate dagli autori sopracitati e qualcheduna di quelle da me qui raggruppate fanno spesso

parola dell'autopsia dei feti, ed allora per contrasto alle alterazioni riscontrate nel gemello idramniotico si fa notare che nell'altro feto non si trovò fatto alcuno meritevole d'attenzione e tale da spiegarne la morte. Qui la macerazione offriva sue traccie e solo in lieve grado nei tegumenti, mentre l'aspetto generale del feto, i caratteri delle carni e dell'occhio, l'assenza di raccolte splancniche, la durezza del cuore e dei reni, la compattezza del fegato, che assai impropriamente dissi infiltrato in sanguigno, volendo indicare come avesse colorazionesangu igna intensa, non permettevano di far risalire il decesso oltre le 24 ore; per cui in questa mia osservazione occorse il *fatto*, non ancora notato per quanto mi consta dalle ricerche bibliografiche instituite *della sproporzione fra sviluppo cardiaco e nutrizione generale florida,* perfettamente *inversa a quella ben nota nei gemelli polidramniotici.* Mentre tutti indicano, polidramnios, con feto grosso, con cuore ipertrofico, ed olidramnios, con feto piccolo e cuore piccolo, trovai invece uguali dati per il gemello idropico ed invece dall'altro lato, oligoidramnios, con feto grosso e cuore piccolo. È da meravigliarsi che in causa di questa condizione eccezionale non siasi verificato lo sviluppo corporeo proporzionatamente alla più grande estensione dell'area placentare? Se i dati anamnestici sono esatti, e cioè se la gravidanza era nel corso del 5.° mese si può parlare di eccesso di sviluppo di ambo i feti e più specialmente di quello oligoidramniotico, che se invece era più avanzata non si ebbe a che fare che con gemelli giustamente sviluppati. In tutte e due le eventualità si è obbligati a giudicare che il feto più forte provvedesse almeno da un certo lasso di tempo ed a spese della propria energia alla nutrizione del fratello. Poichè come avrebbe questi potuto nutrirsi così bene con un cuore tanto sproporzionato ed insufficiente, od almeno come sarebbe riuscito ad avere un tale cuore che corrispondeva in peso ad 1[3 di quello del gemello, se questo alla sua volta non avesse contribuito a nutrirlo ed a mantenerlo in vita fosse pur solo negli ultimi periodi nei quali l'atrofia cardiaca andava producendosi rapida?

A me peraltro sembra che lo stato dei reni comprovi che il feto aveva cessato di esercitare le più importanti funzioni, che viveva veramente da parassita, onde supponendo che il cuore si fosse arrestato nel suo sviluppo, ancor maggiore sarebbe l'importanza dell'influenza benefica esercitato dal fratello su di lui, che sarebbe morto per il mancare della attività circolatoria di esso gemello più potente. Nè solo sarebbe

stata questione di aiuto dinamico, ma anche di elargizione di materiale nutritizio, onde, poichè in nessun punto della placenta esistevano alterazioni, quali degenerazioni adipose, atrofie, edemi, ecc., dimostranti una cessazione dell'attività circolatoria placentare, necessario il credere che il feto idramniotico provvedesse interamente a compiere quanto spettava al gemello. Sembrami pertanto d'aver sufficientemente provato che non si tratta di un fatto contraddicente le idee suesposte riguardanti lo sviluppo proporzionale fra frutto e placenta, mentre poi dell'interpretazione attribuita alle condizioni viscerali del gemello oligoidramniotico mi dà ragione lo Schatz, giacchè il fatto suesposto realizza l'eventualità rarissima (1) che « la sola pressione sanguigna quando questa è così alta nel sistema aortico di *F'* che il cuore di *F'* non può più vincerla, può ridurlo all'inerzia ed al riposo. »

Ma non voglio più oltre spingermi innanzi, a fare cioè dell'ipotesi sulla modalità dell'effettuazione dell'idramnios, e solo, quale ultima considerazione su questa osservazione, dirò che essa sta assai più a provare che l'idramnios, ecc., si produsse quale conseguenza dell'indebolirsi del cuore del feto idropico, e collo stesso meccanismo col quale i cardiopatici si fanno edematosi, che non come effetto di un eccesso di secrezione o di una pletora venosa attiva, riuscendo, la poliuria rilevata da Schatz nei feti polidramniotici, e la distensione della vescica e degli ureteri, spiegabili, la prima come inerente all'assorbimento degli edemi ed al rialzarsi delle forze cardiache e la seconda, come vuole Kruse, coll'eccesso della pressione endoamniotica.

Illustrato così il terzo caso di idramnios acuto da me esposto, faccio seguire le tavole, nelle quali, riunii i casi sparsi nella letteratura, sforzandomi di riportare tutti quei dati che ponno interessare lo studio dell'idramnios acuto.

Già dissi che esistono parecchie lacune e che le osservazioni risentirono l'influenza delle idee dominanti nei singoli tempi, ma tuttavia la casuistica è abbastanza numerosa perchè mi sia permesso di trarne considerazioni sulla patogenesi e sulla terapia.

---

(1) Loco citato, Bd. XXVII, H. I, p. 50. — *F'* è il feto più debole.

TAVOLE. — N. 44

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia Remissioni	Gravidanza semplice o gemellare Idramnios di quale sacco	Sintomatologia
1. MERCIER	--	Beve acqua fredda essendo sudata.	V mese	Al 15.° giorno inizia il travaglio che dura 2 giorni	Gemellare. Idramnios del 2.° sacco, 1.° feto dà qualche segno di vita, 2.° feto vivo.	Prontamente brivido, dolo all' ipogastrio indi sintor fiammazione viva dell' della placenta (!?). Al 10 no tregua ed al 14.° es ancora febbre e dolori insorge il travaglio. S sensibilità del ventre.
2. MERCIER	28 III para	Trauma.	—	45 giorni.	Gemellare. Feti morti lunghi 70 mm. coperti da strato vischioso biancastro e spesso. Sacco unico.	Il giorno successivo febl brivido, vomito, dispnea sopra pubico, polso picco rato accelerato. Seguo sione e sensibilità squis ventre e dopo 10 giorni l' aumento di volume.
3. MERCIER	42 IX para	Bagno freddo ai piedi.	VII mese	17 giorni.	Feto vivo, lungo 37 cent., morì il giorno dopo.	Brivido, febbre, dolori, sensibilità squisita, il divenne enormemente g quasi trasparente.
4. SEDILLOT	—	—	IX mese	--	Feto morto.	Vi erano febbre e dolori ventre le cui pareti er tremodo assottigliate.
5. DUCLOS	25 V para	Bagno.	VIII mese	—	Feto vivo cachettico che sopravvisse.	Febbre forte, sete viva, nia, in meno di 8 giorni tre diviene assai volu teso, dolentissimo, dispn mito, singhiozzo ecc.; l della donna si rende grav
6. PELLETAN	41 VII para	—	IV mese	—	Gemellare. Tasca unica, 1.° feto morto sviluppato come al 4.° 1/2 mese.	Dolori lombari, deperimen mento rapido e progress volume del ventre.

d'Idramnios acuto.

ume entre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto naturale-artificiale	Esami annessi	Orine	Osservazioni
si svi- rapida- e rag- ndo il di gra- ermine.	—	10 libbre, torbido e biancastro con pezzi simili a latte coagulato.	Naturale	All'amnios aderiva fortemente falsa membrana, concreta, albuminosa: pulito, apparve roseo, con ecchimosi e vasi sanguigni flessuosi. Corion sano, placenta rossa.	Scarse, difficili	—
nto ra- or 4 set- finchè e mo- .	—	Buona parte andò perduta, raccolti 12 *litri*, inodore, torbide, lattescenti coagulantesi al calore, acide.	Al 45.° giorno rottura artificiale del sacco per minaccia di soffocazione.	Placenta unica. Le membrane per 1[4 della superfice fetale erano di colore rosso scuro ed assai ispessiti: pel resto pseudo-membrane (?) più o meno aderenti, tolte le quali apparvero striscie rossastre. Le membranelle non esistevano sulle parti fortemente flogosate.	Scarse e difficili da prima, indi perdita involontaria.	Emorragie da inerzia uterina.
giorno rvò che tre era aumen- i volu- ultimo struoso.	Grandi labbra	Acque torbide in quantità sterminata.	Al 35.° giorno rottura artificiale del sacco essendovi indizio di inizio del travaglio. Parto 5 giorni dopo - forcipe.	Placenta piccola, poco spessa nelle parti centrali (18 mm.), cordone lungo 16 c. Fondo della tasca amniotica di color rosso scuro - ispessimento - senza quello strato membraniforme che ricopriva le altre parti. L'amnios era ricco di un numero infinito di vasi rossi che partivano dal punto infiammmato. Si sarebbe creduto a pellicole membraniformi se non fossero state assai facilmente lacerabili.	—	Forcipe
ssivo	—	14-16 litri	Naturale	—	—	—
—	Arti inferiori	14 litri	Rottura del sacco, seguita dalla cessazione dei sintomi imponenti: causa l'inerzia uterina, si interviene per compiere il parto.	—	Scarse di color mattone.	Inerzia ad acque colate: intervento.
linario	—	9 pinte di acque di color giallo verdastro.	Rottura del sacco, dilatazione artificiale del collo, estrazione del primo feto.	—	Scarse e rosse, mitto frequente.	Dilatazione del collo, estrazione del primo feto.

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia	Gravidanza semplice o gemellare Sacco idropico	Sintomatologia
7. DUBOIS	—	—	V 1[2 mese	Stazionarietà per 2 mesi.	Gemellare. Feti vivi intorno al 6.° mese. Idramnios dei due sacchi.	Dolori improvvisi, viviss l' addome accompagnati bre ed agitazione estrem po pochi giorni i dolori ed allora si riconosco zione evidentissima.
8. OLLIVIER	18 I para	—	IV mese	Stazionarietà per più di 4 mesi.	Feto sano e robusto.	Malessere, febbre leggier scarso roseo dai geni quattro giorni, al quint lume del ventre aumen e si ha dolore ipogast sesto giorno cessano l'a di volume, la perdita lori, ed in breve vi è
9. OULMONT	33 IV para	—	VI mese	1 mese.	Feto morto.	—
10. OULMONT	41	—	IV-V mese	Mesi 1 1[2.	Trigemina 1.° feto vivo, 2.° feto morto, idramnios del 2.° sacco nel quale erano due feti.	Quattro mesi dopo l' ulti struazione vide il ven lupparsi enormemente giorni: poi insorsero ed arti inferiori e dolori al dispnea, ed infine si febbre modica.
11. SENTEX	I para	Fatica eccessiva.	VII mese	10 giorni.	Feto morto da qualche giorno.	Dolore poco vivo all' ip che và aumentando ed aggiungono scolo muc genitali e febbre: al 3.° il ventre in poche ore pia quasi il suo volum
12. MAC-CLINTOCK	32 X para	—	VII mese	17 giorni.	Il feto asfittico morì.	In 15 giorni il ventre tanto enorme da provoc vi disturbi, impossibili mire, nessuna posizio sollievo.

olume l ventre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto	Esami annessi	Orine	Osservazioni
—	--	5-6 litri per ogni sacco.	Il travaglio insorge spontaneo, il parto succede rapidamente.	Le due placente unite in una massa sola erano in stato d'ipertrofia. Nulla nelle membrane.	—	—
—	—	Normali per quantità e qualità.	Naturale	Le membrane per 1|3 circa erano ispessite, opache, villose.	—	—
norme	Arti inferiori	10-12 litri color bianco, senza fiocchi. Non torbide.	Puntura delle membrane a travaglio iniziato.	Membrane un po' ispessite ma senza villosità e non iniettate di sangue, un po' di ispessimento e di infiltrazione edematosa sui bordi della placenta, cordone pure edematoso.	*Mai* albuminose	—
—	Arti inferiori	1.° sacco un litro, 2.° sacco sette litri.	Collo dilatato per 3 cent., in vista dei gravi disturbi meccanici e della stazionarietà del travaglio si rompono le membrane.	Placenta unica a due tasche la maggiore delle quali occupava 2|3 della superfice placentare; edema di un cordone della saccoccia più grande. La iniezione dei vasi del funicolo non dimostrò comunicazione fra i circoli sanguigni.	—	—
--	—	Copiosissime di color rosso.	Naturale	Membrane ispessite del doppio facilmente lacerabili, nulla alla parte esterna del corion, faccia interna dell'amnios solcata da numerosi vasi e di color rosso scuro, sulla superfice placentare dell'amnios la colorazione è rosso-cupo e si notano piccoli depositi giallastri fibrinosi simili a false membrane pleuriche — prodotti simili si trovano fra corion ed amnios difficilmente separabili in tali punti.	—	—
norme	—	Copiosissime P. S. 1004 debolmente alcaline con traccie d' albumina.	Rottura del sacco essendovi accenno di travaglio.	—	Scarse e torbide	Due parti prematuri antecedenti con condizioni consimili ma minor copia di liquido.

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia	Gravidanza semplice o gemellare Sacco idropico	Sintomatologia
13. MAC-CLINTOCK	24 IV para	—	VII mese	3 settimane.	Gemellare. 1.° feto morto, 2.° feto vivo che muore dopo poche ore, idramnios del 2.° sacco.	In tre settimane il vent giunge il volume indic lori alle reni, polso fre
14. MAC-CLINTOCK	IX para	—	VII 1|2 mese	Pochi giorni.	Gemellare. Sacco unico, i feti non sopravvivono.	In pochi giorni si formò me raccolta : dispnea.
15. GODEFROY	VI para	Caduta sul ventre.	V mese	2 mesi circa.	Feto vivo magro del peso di 1500 grammi, labbro leporino, visse 18 ore.	A partire dall' epoca in venne il trauma, il vent ad aumentare considere te di volume e gli arti si fecero edematosi, al 7 sviluppo enorme del ve spnea atroce, impossibil cubito orizzontale.
16. CHARPENTIER	27 II para	—	V 1|2 mese	1 giorno.	Feto morto da 8 giorni circa.	Al 5.° mese sembra che il amniotico sia un po' bondante, a 5 1|2 mese dolori vivi al ventre, f in 24 ore il volume de è quasi duplicato.
17. CHARPENTIER	38 V para	—	IV 1|2 mese	17 giorni.	Gemellare. Sacco unico. Morti?	In otto giorni sviluppo s nario del ventre, poi oppressione respirator mito, dolori ventrali a
18. ROBERT LEE	30	—	VII mese	22 giorni.	Feto morto.	Per 6 settimane vi furon ventrali vivi, e dopo quattro si verificò la fo dell'idramnios — dispn bre e la prima aumenta crescersi della raccolta un' altra settimana.

me ntre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto	Esame annessi	Orine	Osservazioni
llici	Non esistevano	8-12 litri	Espulso il primo feto si rompe il secondo sacco.	—	Normali per quantità ed aspetto.	—
inario	—	Enorme	Rottura del sacco, il parto si compie in 12 ore.	—	—	—
me	Arti inferiori	10 litri	—	Placenta e membrane presentavano alla superfice uterina larghe placche pseudomembranose. Sulla placenta ove penetravano profondamente erano dure, resistenti, sulle membrane erano poltacee e di color bianco giallastro, splendente.	—	—
metri	—	6-7 litri	Naturale	Normali all'esame macroscopico.	Scarse senza albumina.	Febbre e dolori persistono per otto giorni.
	—	—	Rottura del sacco	La placenta presenta in una parte colorazione rosso violacea ed è infiltrata di sangue, e nell'altra è pallida, giallastra, con vasi esangui a pareti ipertrofizzate, e villi con poco sangue: alcuni di essi sono divenuti fibrosi altri più scarsi sono degenerati. Un'arteria ombellicale è ristretta quasi obliterata per endoarterite. De Sinety concluse la lesione dominante essere un'edema parziale della placenta coincidente con un' anemia completa di questa regione probabilmente d'origine materna. Il liquido sembrava contenuto fra le membrane più che non nel sacco amniotico, il quale pareva non averne capito in quantità esagerata.	—	—
simo	Arti inferiori	Copiosissima	Naturale	Non praticato.	—	Idrope delle cavità splancniche del feto.

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia	Gravidanza semplice o gemellare Sacco idropico	Sintomatologia
19. DILL	22	—	VII mese	20 giorni circa.	Anencefalo, settimestre, con spina bifida.	Negli ultimi tempi rapid scimento del ventre ac gnato da dolori addomi
20. DEPAUL	I para giovanissima	Emozione violenta	IV 1[2-V mese	15 giorni.	Feto vivo che muore subito.	Febbre modica e qualche di ventre e di lì a 4-5 rapido aumento di volu a che succede l'aborto.
21. CERNÈ	28 II para	Trauma	IV mese	27 giorni.	Feti vivi di 4-5 mesi. Tasca unica.	Nel terzo mese aumento derevole del ventre che noia, sonno agitato, fitta nel ventre, nel 4 trauma all'anca d. seg dolori vivi al lato co dente del ventre che mente aumenta di una anoressia stipsi deperi Non indicato se vi fu fe
22. SALLINGER (2)	32 II para	—	VI mese	2 settimane circa.	Oligoidramnios del 1.° sacco, polidramnios del 2.° sacco. Primo feto, morto durante il parto, c. 35 1[2, gr. 864,5 2.° feto, macerato, cent. 37, gr. 810,7.	Mestruata alla fine di lu gravidanza decorre re ma alla metà di gennaio tre aumenta rapidame volume e sorgono dist versi, ed il 29 dello stes iniziò il travaglio.
23. NIEBERDING (3)	32 Pluripara	—	VI mese	Al 6.° mese l'utero è sviluppato come a termine di gestazione, poi cresce di nuovo rapidamente in volume.	Due feti morti di sesso femminile, l'uno più sviluppato e più edematoso dell'altro.	Al 6.° mese l'utero è svi come a termine di ges ma poi in meno di 1 avviene nuovo e rapido to di volume del viscer sorgono rilevanti feno compressione, prostra straordinaria, ed edemi
24. KUESTNER (4)	40 XI para	—	IV mese	La raccolta si formò in due settimane. Stazionarietà per 3 settimane.	Idramn. del 1.° sacco, oligoidramnios del 2.° sacco. 1.° feto c. 30, 2.° feto cent. 25, sesso femminile. 1.° feto asfitt. non rianimato, 2.° feto morto.	Mestruata nel febbraio a del 16 maggio il ventre rapidamente e raggiuns lume attuale già da tr mane. Nessun disturbo fino al 23 giugno ed al pressione respiratoria e ca. Qualche contrazione calde.
25. MEOLA (5)	26 II para	Caduta sul ventre	VII mese	10 giorni.	Feto morto da due giorni.	Malata per catarro naso f acuto febbrile, cadde violentemente del vent tro il letto, la febbre co insorsero dolori al ve l'addome crebbe in mo ventevole, dispnea, orinazione impossibilit falea, tendenza al sonno, e vomito.

ne tre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto	Esami annessi	Orine	Osservazioni
	Estremità genitali	Copiosissima	Rottura del sacco	—	—	—
	—	Più di 2 litri	Naturale	Placenta più spessa e più pallida che di norma, infiltrata da sierosità, nulla di macroscopico.	—	—
	—	—	Naturale	Due placente che si toccano per la loro circonferenza e sono probabilmente indipendenti perchè un'emorragia formante un'iniezione naturale ha avuto luogo in una placenta senza invadere l'altra.	Invito frequente, e dolori nel mingere.	Emorragia più ore dopo il secondamento.
nt. rino icolo	—	15 litri nel 2.° sacco	Decorso regolare fino a dilatazione completa. Rivolgim. pel 1.° feto in presentaz. trasversa. Forcipe sul 2.° feto.	Un corion e due amnios. Cordone del 2.° feto lungo 30 cent., spesso ed edematoso, avente circonfer. di 4 cent. Cordone del 1.° feto lungo 46 cent. e con 3 cent. di circonferenza.	—	Femmine. Il 2.° con edema al capo, ventre assai disteso, vescica contenente 150 gr. d'orina, idrope della cavità addominale, fegato cirrotico, cuore dilatato, pieno di coaguli, uretra impervia.
	Imponenti, che invadono arti inferiori e genitali.	Enorme quantità	Puntura del sacco	Placenta di 850 gr., edematosa, con molte cisti più o meno grosse e cordone inserto presso al margine.	—	Stenosi del foro di Bottallo.
co cent.	Delle estremità inferiori	Più di 15 litri. Acque di P. S. 1008, leggerm. torbide, di color giallo - bruno pallido, alcaline.	Doccie calde. Rottura spontanea e parto rapido al quarto giorno.	Placenta del peso di 410 gr. Corion unico, cotiledoni molli, edematosi. Cordone del 1.° feto edematoso e con inserzione centrale, cordone del 2.° feto con inserzione velamentosa.	Orine scarse, 400 gr., senza albumina.	Il feto idramniotico offrì lieve raccolta peritoneale, fegato congesto, ingrossato, con vasi e spazi perivascolari dilatati, cuore ipertrofico, polmoni atelectasici. Negativa l'autopsia del 2.° feto.
t. enza	Soprapubico	4-5 litri, torbido, denso, con coaguli biancastri.	Rottura del sacco per il pericolo che correva la madre.	Placenta spessa, dura, resistente più del normale, le membrane in vicinanza della placenta avevano vene sporgenti e piene di sangue, ed in tutto il resto ma più in alcuni punti erano inspessite ed opache.	Difficili e scarse, 300-400 gr. al giorno - dal principio del male, dense, cariche di depositi e pigmenti.	La febbre cade al quarto giorno di puerperio.

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia	Gravidanza semplice o gemellare Sacco idropico	Sintomatologia
26. NEGRI (6)	III para	—	Fine VIII mese	13 giorni	Feto morto macerato.	Cessarono i moti atti volume dell'utero aum siderevolmente.
27. NEGRI (7)	30 V para	—	VIII mese	15 giorni	Feto mostruoso per meningoencefalocelo.	Nella 2.ª quindicina de se, l'addome si va sv rapidamente finchè giorni insorge il trav
28. GREEN (8)	29 V para	—	V mese	3 settimane circa	Gemelli maschi del peso di libbre 1, libbre 1 e 2 once, l'uno ben conformato, l'altro con piede varo equino. Sacchi comunicanti.	Dal primo al quarto me e vomito, poi al pri quinto essendo per al un po' più volumin altre volte, inizia la f della raccolta ed ap lori al lato destro d ed ai lombi, indi mal centuatissimo, inson ressia, sete e lieve r febbrile con polso a
29. SUDHOFF (9)	30 pluri-para	—	V mese	2 settimane circa	Semplice. Feto assai edematoso con sarcoma della ghiandola coccigea.	Rapidissimo aumento giorni diede al vent enorme ed arrecò ed spnea. Si notò lieve mico.
30. LICHTLITER (10)	31 VIII para	—	VI mese	—	1.° feto gr. 390, 2.° feto gr. 705, morti. Idramnios del 2.° sacco.	Nel 5.° mese esistett con speciale caratter mento nel bacino e c zione ai contorni del tre settimane dopo s contrazioni uterine d scomparso, orificio c tre uniforme, fondo 1-2 pollici sopra il b giorni più tardi ven pato come per gra termine.
31. STEFFAN (11)	26 III para	—	V mese	3 settimane	Gemellare. Feti sviluppati come al 6.° mese, ma il secondo un po' meno del primo. Idramnios del primo sacco.	Il rapido sviluppo era 4 settimane avanti, s tà negli ultimi giorn

ume entre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto	Esami annessi	Orine	Osservazioni
cent. nferenza	—	8 litri, color scuro, neutre P. S. 1014, discreta copia di albumina e sedimento sieroso biancastro risultante in gran parte di cellule epiteliali.	Rottura del sacco per inerzia.	Negativo.	—	—
cent. nferenza	—	4 litri, limpidissime.	Puntura delle membrane per contrazioni assai dolorose ed eccitazione della donna.	Placenta inserita molto in basso.	—	—
s di cirnza be allo 18 in-	—	Assai copioso. Normale all'esame chimico. Quantità 6 *quart.*	Puntura del sacco in alto. Il travaglio dura 2 giorni.	Placenta macroscopicamente e microscopicamente normale al pari delle membrane, con corion e due amnios ma con setto incompleto, alciforme.	Orine scarse scure. P. S. 1030, lieve albuminuria.	—
ssai svitrasverse arrido scro-	Accentuatissimi alle gambe	—	Rottura spontanea del sacco, espulsione rapida del feto.	Normali.	Albuminuria lieve	—
fine di ne.	Ai piedi	5 litri nel 2.° sacco.	Naturale.	Placenta normale, 1.° sacco sottile facilmente lacerabile, inserzione velamentosa, cordone filiforme, 2.° cordone normale con inserzione centrale.	—	—
termine idanza.	—	Litri 5 1/2. Color giallo chiaro.	—	Placenta unica, un corion solo, due amnios, 2/3 della placenta appartenevano al 1.° feto. Nulla di abnorme nella placenta. Comunicazione vasale fra i due circoli. Cordone del 1.° feto poco attorcigliato, edematoso, cordone del 2.° feto sottile assai attorcigliato d'uguale lunghezza del primo.	—	—

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia	Gravidanza semplice e gemellare Sacco idropico	Sintomatologia
32. GRENSER (12)	19 I para	Caduta sulle ginocchia	V-VI mese	12 giorni	Gemellari. Feti morti non macerati. 1.° feto cent. 30, 2.° feto cent. 35 edematoso con ascite. Idramnios del 2.° sacco, oligoidramnios del 1.° sacco.	Cinque giorni dopo il tr insorge senso di oppres forte al basso ventre, co lori alle gambe: l'utero e po' più sviluppato che gola per l'età della gesta e sorpassava il bellico. giorni dopo cominciano che crescono per altri sei con tetanismo uterino, e l trice ha intanto acquistat lume superiore a quello presenta alla fine della gr
33. TILLAUX (13)	37 V para	—	V mese	—	Semplice, feto vivo. La gravidanza prosegue per un mese dopo l'atto operativo, indi si interrompe spontaneamente.	Negli ultimi tempi il v guadagnò in modo rapido uno sviluppo che la donn minacciata di asfissia. Al razione tiene dietro imme benessere e nessun disturb non appare, e neppure produce l'idramnios.
34. GOETZ (14)	30 III para	Trauma al ventre	V mese	—	Anencefalo	Al trauma segue in brev pido e forte aumento del tre con dolori che rendono vosa la respirazione.
35. BLANC (15)	26 III para	Fatica eccessiva	VII mese	5 giorni	Feto macerato morto da 15 giorni.	In seguito alle gravi fatiche gono tosto dolori vivi alle ed al ventre che si fà ra mente vieppiù voluminoso, giorni dopo si notano fe celerità del polso, fitte dol nel distretto dei nervi mino genitali di destra, ass del vomito, due giorni più di febbre vivissima, polso golare 132, intollerabile la sione sul ventre, che è a più aumentato.
36. MANTEL (16)	25 II para	—	IV mese	La raccolta si forma in 2-3 giorni, indi stazionarie tà per 3 mesi.	Feto lungo 40 cent. dei peso di 1200 gr.	Decorso normale sino al 4.° poi rapidamente in 2-3 l'utero divenne volumino restò tale fino al parto. Nessuna sofferenza.
37. RAINERI (17)	25 I para	—	VII mese	12 giorni	Mostro	Il ventre crebbe con tanta dità che le pareti non t rono a tendersi enormeme al subito aumento si acco rono dolori allo scrobicol alla regione soprapubica, s molesto di peso all'epigas ed insonnia.
38. KRUSE (18)	41 VII para	Caduta da un carro	VI mese	6 giorni	Gemellare. 1.° feto cent. 27, gr. 460, 2.° feto cent. 32, gr. 630. Idramnios del secondo sacco.	Ventidue giorni dopo il tr e conseguita da tempo la rigione delle lesioni ripo insorge l'improvviso rapid mento di volume: sei g dopo si riscontrò, ventre e mamente voluminoso, teso, tuante, doloroso assai, dispnea.

lume ventre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto	Esami annessi	Orine	Osservazioni
e a ter- li gesta-	—	1.° sacco un cucchiaio di liquido, 2.° sacco 3 litri.	Regolarizzazione dei dolori - dilatazione.	Placenta unica con alcuni grumi alla superficie uterina. Il sacco del primo feto sembrava solo un appendice della seconda tasca assai dilatata ed era manifesto che stringeva fortemente il feto contenutovi.	Invito frequente	—
—	—	20 litri circa d'acque limpide erano contenute in quell'utero enorme.	—	—	—	Parencetesi del sacco attraverso le pareti addominali. Estrazione di litri 7 d'acque limpide.
t. di cir- enza.	—	25 litri	Rottura del sacco per debol. delle contraz. Presentaz. di faccia. Forcipe.	—	—	—
0 cent.	Grandi labbra	Giallastre, torbide più che di norma, ricche in albumina tanto da coagularsi in massa per l'aggiunta d'acido nitrico.	Punt. del sacco	Placenta voluminosa congestionata assai spessa del peso di 1200 grammi, normali le membrane, cotiledoni rilevati di color rosso livido.	—	Puerperio infezioso, piressia, endometrite. Guarigione.
idanza a ie.	—	3100	—	Il bordo inferiore della placenta era a 3-4 cent. dall'orificio esterno, peso 650 gr. Nulla di abnorme.	—	—
cent.	—	Raccolti 3200 gr.	—	Annessi sani del peso di 300 gr., funicolo lungo 34 cent. inserto sul margine placentare.	Invito frequente	Mostruosità multiple
cent.	—	7 litri	Una candeletta resta inattiva per 4 giorni onde si procede alla rottura del sacco.	Placenta unica, un corion solo, 2 amnios, la porzione maggiore della placenta spetta al feto più sviluppato (2|3), inserz. marginale del cord. del feto più picc., una importante anastomosi venosa fra i 2 circoli, e meno apparisc. anastomosi arteriosa.	—	—

Osservatori	Età	Cause riferite	Epoca della gravidanza	Durata della malattia	Gravidanza semplice o gemellare Sacco idropico	Sintomatologia
39. PHOCAS (19)	VI para	—	7-8 mese	Il parto avviene spontaneo un mese ed 8 giorni dopo la operazione.	Gemellare. Uno dei feti vivo, l'altro morto da qualche tempo.	In quindici giorni l'addom sunse grandi proporzioni, i sero edemi alle gambe, spirazione si rese difficile, terza settimana; ventre en teso, nessuna parte preser negativa l'ascoltazione, dis fisiononomia abbattuta.
40. WILSON (20)	31 VI para	—	VI mese	—	Gemellare. 1.° feto cent. 31 1[2, circonf. cranica centim. 25, 2.° feto centim. 28, circonfer. cranica cent. 20. Idramnios del primo sacco.	Antecedentemente sana pr tava ventre enormement steso, e già da un mese so di forte dispnea, anasar alto grado. Esistevano t dati della gravidanza co pido aumento del ventre.
41. HUMPHREYS (21)	33 VIII para	Emozione viva	IV-V mese	—	Gemellare. Idramnios del primo sacco.	Nel giorno in cui sono avv i movimenti fetali muor provvisamente la madre gestante. Dieci giorni d ventre è talmente aume che la gravidanza pare a mine, vi sono dispnea, picc di polso, cardiopalmo, lombare assai forte.
Osservazioni raccolte nel Com						
42. Osservaz. I.	38 IX para	—	IX mese	20 giorni	Gemellare, feti vivi. 1.° feto gr. 3000, 2.° feto gr. 3100. Idramnios del primo sacco.	Dolore acuto al ventre ind bre lieve per qualche g poi dolori meno vivi, m la raccolta si produce ra sima forse in una settim stazionarietà, vomito ad i nios conclamato, albumi eclampsia. Edemi fino a del tronco.
43. Osservaz. II.	39 VI para	—	VII mese	2-3 giorni al più. 5 giorni.	Gemellare. Oligoidramn. del 1.° sacco, polidramnios del 2.° sacco. Feti di sviluppo uguale.	Senza che sintomi specia richiamassero l'attenzion osservò che l'utero improv mente era aumentato str nariamente nel periodo chi giorni.
44. Osservaz. III.	37 X para	—	IV 1[2 mese	In meno di 2 settimane si forma la raccolta.	Gemellare. Idramnios del primo sacco. Autopsia dei feti.	Da 15 giorni ha dolori viv le abbracciano il vent guisa di fascia, ebbe f nei primi giorni della for ne dell'idramnios iniziata settimane circa. Sete viv

Volume l ventre	Edemi	Quantità e qualità delle acque	Parto	Esami annessi	Orine	Osservazioni
—	Arti inferiori	Il liquido estratto colla paracentesi era piuttosto torbido, debolmente acido. Album. gr. 2.80 per litro. Densità 1000,3.	—	—	—	Aspirazione di 4 litri di liquido attraverso alle pareti addominali.
rme oltre ni dire	—	25 litri nel 1.° sacco, 1 litro nel 2.° sacco.	Laparotomia per essere la diagnosi assai dubbia e riconosciuto l'idramnios rottura del sacco.	Placenta comune lunga 23 cent. larga 17 cent. spessa 3-4 cent., negativo l'esame di essa e delle membrane, un corion, 2 amnios, cordone del 1.° feto lungo 36 cent., cordone del 2.° feto lungo 32 cent. inseriti ambedue vicino al margine della placenta distanti fra loro 11 centimetri.	—	Negativa l'autopsia dei feti.
lici tra le anteriori iori.	—	All'atto della rott. del sacco sgorgano 9 pinte di liquido.	—	Una placenta, un corion e due amnios, esisteva una comunicazione diretta fra le vene dei due cordoni. La metà della placenta che spettava al 2.° feto aveva parecchi coaguli apoplettici, e nel sacco corrispond. eravi liquido sanguigno picro.	—	—

ologico-Ostetrico (Villa).

e grande- e espanso senso tra- sale, fondo no alla xi- . Circonfe- a 159 cent.	—	10 litri almeno nel 1.° sacco. Un litro nel 2.° sacco.	Provocazione del parto. Forcipe. Rivolgimento.	Due placente affatto normali all'esame microscopico.	Albuminuria d'alto grado nella gravidanza.	Eclampsia.
sviluppato nel senso ersale che a quasi al- foide.	Genitali, arti inferiori.	Almeno il triplo della quantità media.	Rottura delle membrane quale mezzo di provocaz. del parto. Versione per manovre combinate. Forcipe sul 2.° feto.	Inserzione marginale della placenta del feto primo espulso.	Nefrite	In corso di nefrite. Morte improvvisa della donna. Autopsia.
ent. di cir- erenza. t. dal pube sterno.	—	6-7 litri nel 1.° sacco, oligoidramnios relativo del secondo.	Provocazione del parto mediante puntura del sacco.	Placenta gr. 750. 1.° funicolo cent. 50, 2.° funicolo cent. 47. Anastomosi diretta arter. e venosa, indirette arteriose e venose multiple fra i 2 ceppi del cordone. Ineguale ripartizione della placenta fra i gemelli.	Senza albumina	Autopsia dei feti.

Dall'assieme di questi 44 casi derivo innanzitutto conclusioni puramente statistiche, seguendo in ciò fare l'esempio degli autori che si occuparono dell'idramnios cronico:

I. Parità

non indicata in 6 casi
pluripare 33 »
primipare 5 » e fra queste nessuna attempata.

II. Gravidanza

semplice in 21 con quattro mostri
gemellare 22
trigemina 1

III. Epoca nella quale insorse l'idramnios

a) gravidanza semplice

al 4.° mese 3 volte
al 5.° » 5 » con 3 mostri (compresi i casi di labbro leporino e sarcoma della ghiandola coccigea
al 6.° » 2 »
al 7.° » 8 » con due mostri
al 8.° » 3 » con un mostro
al 9.° » 1 »

b) gravidanza gemellare

al 4.° mese 6 volte
al 5.° » 5 »
al 6.° » 4 »
al 7.° » 4 »
al 9.° » 1 »

non indicata nel secondo caso.

La gravidanza trigemina fu complicata dall'idramnios all'età di 4 mesi e fra tutti questi casi di gravidanza composta, non occorse di osservare alcuna mostruosità. Appare facilmente come poche siano le probabilità di vita che in media spettano ai feti, poichè la malattia predilige

i primi mesi della gravidanza, ed invero in 17 soli casi l'idramnios si formò al 7.° o dopo il 7.° mese e ciò accadde per 5 gestazioni gemellari e per 12 gestazioni di feto unico, dalle quali converrebbe escludere 3 casi di mostruosità incompatibili colla vita. Ma volendo essere precisi debbo aggiungere che non si trattò di aborto o di parto appena oltre i 180 giorni anche nelle

osserv.	7.ª	poichè si ebbe	stazionarietà per	2	mesi,	insorgenza mesi	5 1[2
„	8.ª	„	„	4 1[2	„	„	4
„	36.ª	„	„	3	„	„	4

e quindi troviamo che 20 volte il parto si espletò ad un'epoca in cui il feto od i feti avevano probabilità più o meno grande di vivere (compresi però tre mostri). Su questi 20 casi si ebbero

3 mostri non vitabili
2 volte mancano indicazioni
7 feti vivi, escluso 1 feto con labbro leporino, ed 1 ottimestre cachettico che sopravvissero, erano ben sviluppati e sani.

La macerazione è indicata pochissime volte, ma tuttavia si ricava dall'assieme la spaventevole mortalità fetale del 89 0[0 (7 vivi su 68 nati).

Volendo mettere le cifre ora indicate in confronto con quelle delle statistiche fatte per l'idramnios lento e per esempio con quelle di Mac-Clintock, 9 morti su 33 casi — Liegener, 9 morti su 40 casi — Bar, mortalità fetale di 1[4 per 489 osservazioni, appare come in quella forma il frutto del concepimento abbia ben maggiori probabilità di vita ed inoltre, poichè il Bar dà la cifra dell'8 0[0 di mostruosità, risulta essere più frequente l'incontrare di tali pervertimenti nell'idramnios acuto, giacchè nei 44 casi raccolti si ebbero ad osservare 1 labbro leporino — 2 anencefali con spina bifida — 1 meningoencefalocele — 1 mostruosità multiple — 1 tumore coccigeo.

Ma devesi tener conto di altre ed importanti circostanze, e cioè che mentre nell'idramnios lento il feto muore spesso durante il parto o per la procidenza del cordone o per effetto di presentazioni poco favorevoli o pericolose, e quindi l'intervento ostetrico praticato nel momento opportuno salva quella nuova esistenza, al contrario nell'idramnios acuto

l'elevata mortalità viene data principalmente dall'interruzione anticipata della gravidanza, e quindi non dall'idramnios stesso ma bensì da quella causa che lo produsse. Ben si può dire che la natura benigna volle compensare l'umanità usando indulgenza alle madri, giacchè non una delle donne andò perduta e tale fatto deve sembrare quasi strano qualora si considerino le sofferenze, il deterioramento grave, i pericoli che la esagerata distensione dell'utero può provocare, la facile inerzia post partum, lo choc da rapido squilibrio nella pressione addominale ecc., e si pensi al modo col quale furono curati numerosi casi. A tali e siffatamente gravi pericoli, non si può contrapporre altro vantaggio fuorchè quella della rarità dell'intervento operatorio in confronto dell'idramnios lento, vantaggio che se oggi è di poco conto, certo fu importante per l'addietro.

Già dissi che Mantel crede che facciano eccezione alla sua teoria i casi d'idramnios acuto, mentre Mac-Clintock al contrario, trovò che il feto contenuto nell'uovo idropico è quasi sempre il secondo. Per riguardo alla situazione del polidramnios le nostre 23 gravidanze composte forniscono:

sacco unico 5
polidramnios del I sacco 6
» » II » 8
» dei 2 sacchi 1
comunicazione fra i sacchi 1
non indicato 2 casi (osserv. 23, 39).

Nelle gravidanze composte resta a considerarsi la disposizione degli annessi:

Placenta comune 14
» che si toccano 1
» perfettamente isolate 2.

Su questo punto ritornerò parlando dell'eziologia, ma qui torna intanto acconcio l'osservare che l'unicità del sacco non diede mai luogo a distocia per simultaneo impegno dei due feti, certo in causa della loro immaturità. Alle alterazioni macroscopiche degli annessi (l'esame microscopico fu fatto solo nei casi N. 17, 28, 38, ed in questi due ultimi con risultato negativo), venne attribuita e si attribuisce ancora un valore

patogenico, onde riesce impossibile il non farne parola, tanto più che, se non costanti, furono però abbastanza frequenti. Esse furono varie per sede, estensione e qualità, ma in alcuni casi identiche.

I. Amnios opaco, spesso, con vasi sanguigni, coperto da false membrane (?) delle quali molte nuotano nel liquido amniotico (oss. 1, 2, 11).

II. Stato ipertrofico della placenta.

III. Membrane ispessite biancastre, opache, villose, pergamenacee, con vasi specie in vicinanza della placenta (oss. 8. Remissione per 4 mesi, acque normali per quantità e qualità).

IV. Membrane un po' ispessite, nè villosità, nè iniezione sanguigna, cordone edematoso (oss. 9).

V. Fra le due tasche grosso coagulo nero e molle contenuto in capsula cotennosa ed aderente per filamenti fibrinosi, biancastri alla placenta ed alle membrane, cordone della gran tasca edematoso (oss. 10).

VI. Placenta e membrane offrono alla superficie larghe placche pseudomembranose, sulla placenta ove sono penetrate profondamente sono dure, resistenti, mentre sulle membrane sono poltacee (oss. 15).

VII. La placenta presenta in una parte colorazione rosso violacea ed è infiltrata di sangue, e nell'altra è pallida, giallastra: quivi i vasi sono esangui con pareti ipertrofizzate, le villosità hanno poco sangue, alcune sono divenute fibrose, altre più scarse sono degenerate grossolanamente. Endoarterite di un cordone. De Sinety concluse per « l'edema parziale della placenta coincidente con anemia completa di questa regione (oss. 17).

VIII. Placenta più spessa e più pallida che sembra infiltrata da sierosità (oss. 20).

IX. Placenta spessa resistente, dura più del normale, cordone inserito presso al margine placentare, membrane aventi in vicinanza alla placenta parecchie vene sporgenti e ripiene di sangue e nel resto ispessite ed opache (oss. 25).

X. La metà della placenta che spetta al feto non polidramniotico offre coaguli apoplettici.

XI. Cisti della placenta, numerose e dal volume di una fragola a quella di un uovo di gallina (oss. 23).

Per riguardo ai rapporti anatomici fra cordoni e placenta, placenta ed utero, distretti placentari di gemelli, troviamo:

I. Inserzione velamentosa di cordone del sacco non idropico.

II. Inserzione marginale del cordone del sacco non idropico.
III. » » » » idropico.
IV. » » della placenta, sacco non idropico.
V. » » della placenta sacco unico.
VI. Anastomosi multiple, dirette e voluminose fra i due circoli placentari.

In nessun caso esistettero alterazioni imputabili indubbiamente alla sifilide, al qual reperto negativo, aggiungendo che quasi tutti gli osservatori notarono specificatamente che l'ingerenza di tale malattia doveva assolutamente escludersi nel singolo caso, si viene ad una conclusione contraria a quella ammessa per i rapporti fra idramnios lento ed infezione celtica.

E poichè siamo a parlare di cause ricorderò fra quelle ritenute come disponenti la gravidanza gemellare che occorse d'osservare tanto e forse più frequentemente che nella forma lenta, come appare dal confronto colla somma delle statistiche di Oulmont, Guillemet e Sallinger:

	Gravidanza semplice	Gravidanza gemellare
Oulmont	7	7
Guillemet	13	15
Sallinger	51	30
	71	52
Idramnios acuto	22	21

In alcune storie cliniche trovo riferite delle cause speciali alle quali si attribuì un reale valore eziologico, poichè a breve distanza da taluni fatti ebbe luogo la produzione della raccolta idropica. Per mio conto ritengo che il vieto « post hoc, ergo propter hoc » sia stato allora troppo strettamente applicato, ma tuttavia credo non conveniente il lasciare da parte cosa alcuna che abbia stretta attinenza con un processo tanto oscuro, e però riporto che:

l'influenza reumatica	è notata in	3	casi
il trauma	» »	5	»
la fatica eccessiva	»	2	»
l'emozione violenta	»	3	»

Esaminai tutte le storie per vedere quale influenza avessero eventualmente potuto avere le malattie della madre sulla genesi del polidramnios, ed in generale trovai che la donna era ottima. In un caso si trattava di convalescente da pleurite, in tre esistevano da qualche giorno fenomeni di catarro febbrile delle prime vie respiratorie, ed infine, una quinta paziente era in corso di nefrite cronica. Ma di questa già parlai a lungo escludendo assolutamente ogni ingerenza patogenica della nefrite, dell'anasarca e dell'anemia materna e fetale, circostanze alle quali anche il Bar (1) attribuì uno scarso valore.

Già ebbi a dire che la febbre considerata quasi indispensabile caratteristica dell'idramnios acuto si presentò in modo affatto irregolare e talora parve mancare, che anche il sintomo dolore non fu per nulla costante ed identico, poichè se talora fu fisso, trafittivo, tall'altra venne paragonato all'effetto di una fascia che stringesse vivamente l'addome e che inoltre non si ebbe talora a notare alcun altro fenomeno all'infuori dell'improvviso e rapido aumento dell'utero. Ed invero non può a meno di colpire la differenza che corre fra le osservazioni di Blanc (35), Charpentier (16) ed una delle mie (42) e quelle altre raccolte da Negri (26), Mantel (36), Ollivier (8), giacchè se talora si trovò unita ed imponente la triade morbosa, febbre, vomito, dispnea, in altri casi il quadro clinico fu tanto semplice che neppure si ebbero disturbi meccanici di conto, sebbene la raccolta fosse già cospicua. L'azione puramente meccanica, quantunque non ancora di gran conto, può produrre fenomeni importanti in causa di condizioni speciali, quali ad esempio la maggior resistenza delle pareti addominali, o peculiari stati anatomici o fisio-patologici e cardiaco-polmonari, o gastroenterici, onde, il vomito e la dispnea, l'accelerazione del polso potrebbero essere epifenomeni della produzione dell'idramnios. In quale ordine si presentino i sintomi più importanti è impossibile lo stabilire, ma però quanto sia importante il fissare se l'inizio del polidramnios preceda tutti gli altri fenomeni, riesce affatto evidente inquantochè in questo caso si avrebbe buon giuoco nel sostenere che questi ultimi non siano che un effetto puro e semplice di quello e quindi non abbiano alcuna relazione colla causa patogenica dell'idramnios stesso. La soluzione del quesito sta solo nell'esame degli anamnestici e perchè

(1) Bar. « Recherchez pour servir à l'histoire de l'hydramnios. » Pag. 174.

riesca attendibile si richiede che questi sieno stati esattamente indagati e riferiti. Per vero non credo si possa avere cieca fede nelle storie cliniche redatte in tempi nei quali non era ancora stata presa in considerazione la differenza esistente fra le due forme d'idramnios ed avevano credito idee ora affatto abbandonate, e d'altra parte confesso di non contare in modo assoluto sulle osservazioni posteriori, più recenti, poichè le cognizioni dell'ostetrico non potevano evitare le inesattezze del racconto delle pazienti. Però non lascio da parte il fatto che nei casi osservati nell'ultimo decennio, taluno dei quali fu ben seguito nel suo svolgersi, risulta la *precedenza quasi assoluta della formazione od almeno dell'inizio del polidramnios, ai diversi sintomi che formarono il quadro completo della malattia.* Ciò per la febbre, per i dolori, per il vomito ecc., che anche in talune delle prime osservazioni sono annotati come posteriori al fenomeno essenziale, sviluppo improvviso e rapido dell'utero. Per cui tenuto calcolo del silenzio che in proposito serbarono taluni autori e della possibilità di riferire a malattie in corso parecchi di tali sintomi, risulta complessivamente un dato che è d'accordo con quello fornito dalle più recenti osservazioni, ed in conseguenza riesce possibile lo stabilire il concetto che le condizioni peculiari di ogni organismo debbano entrare nella formazione del quadro clinico speciale alle singole pazienti.

È assioma ostetrico che ogni qualvolta l'utero gravido fu espanso più che di norma, maggiori siano le probabilità dell'intervento dell'arte, ed infatti per 41 casi indicati troviamo che in 34 si dovette procedere ad atti operativi. La regola è quindi confermata, ma tuttavia occorre fare distinzione per riguardo alle indicazioni ed alle qualità delle operazioni. Nella gravidanza gemellare, l'inerzia uterina durante e dopo il parto e le presentazioni meno favorevoli o viziose dei feti sono le circostanze che più frequentemente domandano il soccorso, e nell'idramnios lento ancora le predette condizioni coll'aggiunta di qualche altra, quale la facile procidenza del cordone, chiedono l'intervento ostetrico, che talora in ambo i predetti stati gravidici è reso necessario in causa dei fenomeni meccanici. Ma in tali ordini di casi il medico, richiesto più frequentemente per l'interesse del feto che non per quello della madre, trova indicata la riduzione del funicolo, la correzione di presentazioni,

il rivolgimento, l'applicazione di forcipe, ecc. Nell'idramnios acuto invece la intensità dei fenomeni offerti dalla donna, ed il loro presentarsi in un periodo di gestazione poco inoltrato, d'onde la rarità di distocia fetale e la scarsezza delle indicazioni derivanti da pericoli del feto, fanno sì che l'ostetrico si occupi, quasi per regola, solo della madre e che la provocazione del parto costituisca la massima parte della terapia.

Dalla unita tavola si ricavano i seguenti dati:

Parti naturali (abortivi, prematuri, precoci) 11.

Operazioni:

1.° Rottura del sacco amniotico 22 volte.
2.° Evacuazione del liquido attraverso alle pareti addominali 2 volte.
3.° Versione combinata (Oss. 40 per complicazione non dovuta all'idramnios).
4.° Forcipe 5 volte.
5.° Rivolgimento 2 volte.
6.° Dilatazione dell'orifizio 2 volte.

Mancano dati per alcuni casi.

Appare quindi che in 2 osservazioni si procedette alla evacuazione del liquido amniotico la quale bastò 15 volte e che su d'un totale di 26 casi che richiesero l'intervento dell'arte, furono praticati 35 atti operativi.

Tre volte l'applicazione del forcipe venne eseguita per indicazioni risguardanti il feto e la versione per manovre combinate fu richiesta dall'inserzione viziosa della placenta, ed il rivolgimento dalla presentazione trasversa del secondo gemello.

Mentre quindi abbiamo solo 4 operazioni nell'interesse del bambino, dobbiamo tener conto che altre 3 volte furono necessarie cure speciali per circostanza intimamente legata all'idramnios e cioè per l'emorragia, onde risulta ancora più grande il numero dei casi nei quali l'attenzione e le cure dell'ostetrico furono rivolte esclusivamente alla madre.

La grande frequenza colla quale si dovette provocare il parto porta necessariamente a considerare quale fra i tanti mezzi debba avere la preferenza. Riesce affatto ovvio che taluni metodi non possono menomamente essere presi in considerazione perchè avuto riguardo alla urgenza colla quale alcuni casi si presentano, si deve pensare a quei mezzi la cui azione è non solo indiscutibile, ma anche rapida. La scelta potrebbe correre fra il metodo di Krause, la dilatazione del collo, e la rottura

del sacco delle acque. Ma il primo sebbene ottimo ed a ragione preferito nella massima parte dei casi ordinari, agisce lentamente, e tanto più lento e forse appena avvertito deve essere il suo effetto in questi casi in cui l'utero sfiancato è inerte e quindi poco eccitabile. L'applicazione dei dilatatori di Tarnier, dei sacchetti di Barnes, dell'apparecchio di Champetier non deve certo riuscire facile in molti casi, vuoi per l'elevata posizione del collo, vuoi per l'edema dei genitali, e di più richiede spesso di essere ripetuta e l'azione di questi mezzi non può essere molto giovevole sempre per causa dell'inerzia della matrice, sebbene al pari della candeletta di Krause potrebbe nei casi meno urgenti precedere utilmente la rottura del sacco. La quale innanzi tutto possiede l'incommensurabile vantaggio di alleviare istantaneamente le sofferenze della donna ed in secondo tempo permette all'utero di concentrare le sue forze e di bastare a sè stesso, come ben provano a sufficenza i 19 casi nei quali il parto ebbe poi a seguire naturale. E qui entra necessariamente in campo la questione del punto nel quale si devono pungere le membrane; questione che non parmi granchè imbarazzante, poichè e l'atonia uterina non può far sì che il piccolo foro praticato a livello dell'orificio uterino si trasformi in un largo squarcio che dia rapidamente esito alle acque, e l'ostetrico sia coll'introduzione della mano che con quella di un tampone può moderare l'eventuale largo scolo del liquido amniotico; mentre poi la rottura del sacco, in alto, può essere senza difficoltà prodotta a mezzo di uno stiletto o di una sonda uterina curva nel suo estremo. Certo è che così si può ovviare allo rapido scolo del liquido amniotico ed al pericolo della procidenza del cordone e però ci atterremo a questa pratica, come che sia più razionale, senza per altro darci gran pensiero se non avesse a riuscire, ma tenendoci pronti a mettere argine all'impetuosa uscita delle acque ed a riporre il cordone se fosse del caso.

La paracentesi attraverso alle pareti addominali venne praticata due volte ed in ambedue i casi passò un mese fra la puntura evacuatrice della raccolta ed il parto, onde affatto recentemente il Phocas additava questo metodo di intervento quale forse il migliore di tutti, mentre al contrario anche nell'ultima edizione del suo trattato Charpentier rigettava in modo assoluto tale atto operativo « che sarebbe stato praticato solo in causa di errore diagnostico, quantunque siano stati citati casi non seguiti da alcun accidente. » Questo metodo fu proposto da

lungo tempo poichè Camper scrisse « in utero hydropico paracentesim vitata vescica, posse adhiberi inter umbelicum et pubem sine ulla gravi sequela, » ed anche fu attuato in tempi lontani come risulta dalla testimonianza di Scarpa (1), il quale riferisce della puntura di un utero gravido ed idropico praticata felicemente dal dott. Nessi (1808) per minaccia di soffocazione, impiantando il tre quarti fra il pube ed il bellico: il che darebbe a dividere come la paracentesi uterina venisse fatta di deliberato proposito. Più tardi anche il Duncan (2), citando un caso nel quale si fece tale operazione, credendosi a cisti ovarica, scrisse « ho progettato di praticare un'operazione di questo genere nei casi di idramnios, » e di poi nell' ultimo decennio la questione venne nuovamente suscitata specie da Schatz il quale appunto nella forma acuta propose di evacuare gradatamente la raccolta patologica per mezzo di punture periodiche, onde scemare così l' eccesso di liquido; ed infine oltre al Tillaux ed al Phocas, già citati, anche il Pinard ed il Lepage (3) emisero un parere consimile. Il quale, poichè ridonderebbe massime a favore del feto che ha tutto a guadagnare e nulla a perdere, occorre venga analizzato per accertarsi se sia o possa essere pericoloso alla donna, non riuscendo altrimenti comprensibili i motivi della ripulsa da parte di Charpentier.

L' infezione potrebbe essere portata nell' organismo muliebre dal l' esterno, eventualità che è da trascurarsi giacchè allora si dovrebbero praticare solo quelle operazioni che hanno carattere di indicazione assoluta, oppure nel cavo uterino potrebbero esistere materiali settici capaci di dar luogo a gravi accidenti se innestati sul peritoneo. Ma poichè la paracentesi uterina si praticherebbe a sacco amniotico integro e le acque ancorchè impregnate di elementi derivati da macerazione del feto non ponno ritenersi settiche, così sarebbe a considerarsi l'eventualità dell'esistenza di un processo infiammatorio degli annessi, ipotesi che come si vede è discutibile e quindi non può esser tale da far respingere l'uso della puntura uterina. Giova ricordare che a differenza delle cisti ovariche o di raccolte peritoneali incistate, qui si ha da fare con una sacca che non resta afflosciata coll' uscire del contenuto,

---

(1) A. Scarpa. « Gravidanza sussequita dall'ascite. »

(2) M. Duncan. « Sur le meccanisme de l'accouchement normal et pathologique. » 1876, pag. 32.

(3) Lepage « De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale. » *Ann. de Gynec.*, 1888, p. 257.

ma che si va coartando man mano che il volume dell'uovo scema. Ne segue che all'atto dell'estrazione della cannula le pareti uterine si serrino strettamente, e l'apertura venga a chiudersi immediatamente strato per strato dietro all'ago, che se innestato su d'apparecchio aspiratore nulla lascerà colare di quanto trovasi nel suo lume. Se il trequarti ha perduto oggi dell'importanza che aveva in altri tempi e se il suo uso venne ristretto, d'altra parte la tecnica della paracentesi fu perfezionata e l'antisepsi, l'asepsi, la sostituzione di aghi sottili a quelli voluminosi già usati e l'aspirazione costituiscono un grandissimo progresso. E se la puntura capillare esplorativa non è bandita dal campo ginecologico, sarà all'ostetrico vietato di pungere l'utero per timore di accidenti settici? Una seconda e ben più importante obbiezione è definibile in una sola parola, l'emorragia. Ma nel nostro caso non si ha innanzi tutto il pericolo e la tema di ferire quei grossi vasi che decorrono sulle pareti dei cistomi e dei fibromi e la retrazione del viscere garantisce che non si versi sangue nel peritoneo o nell'utero per il solo fatto della piccola ferita uterina, onde la questione si riduce a considerare quali danni potrebbero derivare per il fatto che l'istrumento attraversi la placenta. La relativa frequenza colla quale nelle applicazioni endouterine di un catetere a scopo d'interrompere la gestazione, si va ad urtare contro la inserzione placentare e la nessuna conseguenza che deriva dai distacchi e dalle lesioni della placenta, già fanno credere che un trequarti sottile non produrrà alcun danno per il fatto dell'attraversare tale massa. Vero è che potrebbe occorrere di ferire grossi vasi decorrenti sulla superficie fetale, o sull'amnios nei casi di inserzione velamentosa o di attraversare la radice del cordone, e queste strane eventualità sarebbero tali da arrecare accidenti forse gravi. Ma ad ogni modo i danni sarebbero ben più importanti per il feto, che per la madre, e l'integrità del sacco fornisce delle garanzie perchè l'emorragia non prenda dimensioni importanti. Per cui tenendo altresì conto dei numerosi casi nei quali la puntura dell'utero praticata in causa di errore diagnostico e per lo più con un grosso trequarti da ovariotomia, non fu seguita da alcun minimo accidente all'infuori della interruzione della gravidanza, fatto che non fu neppure esso costante (1) e che nel nostro caso varrebbe al più a rendere discu-

---

(1) Chiara. « Un'errore diagnostico e sue conseguenze. » *Ann. di Ostetr.* 1855. — Lepage. Loco citato, caso di Stickney.

tibile l'utilità del metodo in discorso, parmi che la paracentesi uterina capillare possa ritenersi immune da pericoli.

Ma piuttosto è interessante il cerziorare se valga la pena di cangiare condotta. E le obbiezioni sarebbero di tre sorta, cioè: I. la frequenza colla quale si provoca il parto; II. l'incertezza grandissima di ottenere dei feti vitabili; III. la possibile riproduzione della raccolta. È provato che se con tale puntura non viene tolta una quantità notevole di liquido, il decorso della gravidanza non è necessariamente interrotto, ed esistono altresì casi in cui per l'evacuazione di copia ingente di acqua e persino per il prosciugamento quasi assoluto del sacco non insorse il travaglio (come osservò il Chiara) (1), il che non può riuscire strano qualora si pensi alla differenza dei rapporti fra utero e feto che verrebbero prodotti dalla rottura del sacco a livello dell'orificio uterino e dalla puntura addominale. Qui si deve ricordare l'insegnamento di Pajot il quale dimostrò come si debba fare distinzione e quanta differenza corra fra retrattibilità, proprietà essenzialmente vitale, ed elasticità e la contrattilità, e qui è pure da tenersi calcolo dei fatti osservati da Poullet che vide avvenire il parto 63 giorni dopo la rottura del sacco, da Charpentier il quale a 44 giorni di distanza da tale accidente vide nascere un bambino vivo, e da molti altri che notarono intervalli di tre o quattro settimane fra la perdita dell'integrità dell'uovo e l'interruzione della gravidanza. Nei casi di idramnios è appunto noto quanto l'utero divenga inerte e però non deve stupire che la gestazione abbia a continuare anche dopo la paracentesi praticata dall'addome, tanto più che in linea teorica si avrebbe che l'utero retraendosi non andrebbe in stretto contatto col corpo del feto nella stessa guisa che nei casi ordinari, e non ne riceverebbe quindi quello stimolo da cui originano le contrazioni, ma si troverebbe invece in rapporto « con una membrana elastica, morbida, per nulla irritante, e non arriverebbe sino al feto (2). »

La seconda obbiezione è alla sua volta di un doppio ordine, poichè se da una parte si collega colla prima nel senso che il vantaggio ottenuto può non essere assoluto, ed in vero l'interruzione della gravidanza nei due casi indicati avvenne spontanea dopo un intervallo non molto

---

(1) Loco citato.

(2) E. Garimond. « Etude des causes déterminantes de l'accouchement. » *Nouvelles archives d'Obst. et Gynec.*, 1887.

lungo, dall'altra riguarda le alterazioni che rendono il feto od i feti incapaci alla vita, che li uccidono nel grembo materno. Non è possibile il disconoscere che il successo ottenuto, se apparve momentaneamente straordinario, in conclusione si ridusse a nulla, poichè la gestazione non si protrasse di tanto da assicurare la vita del feto (Tillaux, Lepage) (1), e ciò indipendentemente da nuovo aumento della raccolta. Ma tale fatto, che basterebbe a far accettare l'operazione in discorso tutte le volte che essendo già il feto vitabile fosse desiderabile di prolungarne l'esistenza endouterina, onde aumentare le probabilità di conservarlo vivo, e che essendo vicino al 7.° mese si voglia tentare di fargli raggiungere un'età che possa offrirgli la possibilità di vivere fuori dell' utero, forse è da attribuirsi a che il metodo non è ancora applicato in un modo più proprio.

Su ciò l'ulteriore esperienza deciderà, mentre intanto restano ferme le espresse considerazioni. La domanda che il Küstner volge a sè stesso e che è relativa all' alta mortalità fetale da profonde alterazioni dei visceri più importanti, riguarda più specialmente l'idramnios dei gemelli uniovulari, ma tuttavia ha ragione di esistere come provano le osservazioni.

Ma l'aversi ottenuto feti vivi e sani dopochè la malattia datava da tempo, e l'essersi verificato lo stesso risultato là dove arrestatosi spontaneamente ed in breve il rapido prodursi della raccolta, la gestazione arrivò presso al termine, ne diminuiscono di molto l'importanza. Inoltre nell'idramnios acuto primitivo, nella sua modalità più spiccata, manca il tempo perchè gli sconcerti della circolazione apportino quelle profonde perturbazioni che sono incompatibili colla vita e che si riscontrano talora nell'idramnios lento, e se in caso di gravidanza gemellare uniovulare uno dei feti va spesso perduto, resta pur sempre l'altro cui provvedere, e la sottrazione di cospicua quantità del liquido amniotico e la mancata riproduzione dell' eccessiva raccolta (mancata nei casi fino ad ora trattati colla puntura uterina, parmi possano far sperare che le temute alterazioni viscerali non abbiano a prodursi e tanto più se un gemello è morto. Checchè ne sia non è un' obbiezione capitale e fossero pure poche le probabilità di ottenere feti vitabili, non per questo dovremmo ritenerci esentuati dal fare un tentativo che può essere utile al

(1) « La ponction de l'utérus dans l'hydramnios aigu. » *Archives de tocologie,* 1889, p. 1124.

prodotto del concepimento e che invece di essere ciecamente respinto od al pari ciecamente messo in opera, dovrebbe almeno essere attuato nelle circostanze sopra indicate. Innocuità, pronto sollievo delle sofferenze materne, non necessaria interruzione della gravidanza, od al contrario eventuale prolungamento di questa per un periodo di tempo il cui valore è grande in talune epoche della vita endouterina, costituiscono i pregi della paracentesi uterina, la quale per le difficoltà che talora offre il diagnostico e per il carattere d'urgenza che può rivestire l'intervento operativo in un caso dubbio, verrà ancora più e più volte praticata indipendentemente dall'essere essa stata elevata all'altezza di metodo (1).

L'ago dovrebbe essere impiantato in un luogo ove vi è elasticità e cedevolezza, evitando quel punto ove si percepisce una resistenza spiccata, la quale, nel caso di gravidanza gemellare, potrebbe essere data da un feto eventualmente oligoidramniotico. Che se poi in causa del non infrequente stato di uniforme tensione del ventre non si potesse evitare di pungere tale piccola sacca « non ne seguirebbe alcun accidente speciale » (2) ed il male si ridurrebbe a praticare un'altra puntura. Le contrazioni uterine non sono inevitabili e di più qualora si presentassero, potrebbero essere domate, la paziente non sarebbe neppure costretta a condurre una vita affatto da inferma, sebbene il riposo e la tranquillità parmi potrebbero contribuire assai nel mantenere i vantaggi ottenuti.

---

(1) Ricordo qui il caso pubblicato da G. H. Burkard. — *Brit. med.* I, 217 88.

Dubbio il diagnostico fra cisti complicante la gravidanza ed idramnios, riuscì impossibile il praticare la sutura della incisione laparotomica: si dovette praticare la dilatazione del collo e la rottura del sacco enormemente idropico, la gravidanza era composta.

(2) Mueller. « Hydramnios. » *Handbuch des Geburshülfe,* t. II.

Indicazioni bibliografiche delle osservazioni raccolte

RICERCHE DIRETTE.

(1) CHARPENTIER. « De l'hydramnios et en particulier de l'hydramnios aigu. » *Arch. de tocologie,* 1880.

(2) SCHATZ. « Eine besondere Art von einseitiger Polydramnie mit anderseitiger Oligohydramnie bei eineiigen Zwillingen. « *Archiv f. Gynaek.,* 1882, Band XIX, Heft. III, p. 343. — Oss. IX, caso di Sallinger.

(3) NIEBERDING. « Zur Genese des Hydramnion. » Verhandlungen der gynäkologischen Section deutscher Naturforscher und Aerzte in Eisenach (1882). *Archiv f. Gynaek.,* Bd. XX, p. 310.

(4) KUESTNER. « Ueber Hydramnion bei eineiigen Zwillingen. » *Archiv f. Gynaekologie,* Bd. XXI, Heft. I, p. 3.

(5) MEOLA. « Contribuzione all'eziologia dell'idramnios. » *Morgagni,* 1883, p. 624.

(6) NEGRI. *Annali d'ostetricia e ginecologia,* 1883.

(7) NEGRI. Idem.

(8) GREEN. « A case of acute hydramnios, with remarks on the pathology of this affection. » *The Boston medical and surgical journal,* 1884, p. 121.

(9) SUDHOFF. « Akutes hydramion bei Sarkom der Steissdrüse des foetus in 5 Monate. » *Centralblatt f. Gynaekologie,* 1885, N. 16.

(10) LICHTLITER. « Fall von Zwillingschwangerschaft komplicirt durch Hydramnios. » *Centralblatt für Gynaekologie,* 1885, N. 37.

(11) STEFFAN. « Gynäkologisce Gesellschaft zu Dresden. » Sitzung, 24 mai 1884. *Centralblatt für Gynaekologie,* 1885, N. 5.

(12) GRENSER. « Gynäkologisce Gesellschaft zu Dresden. » Sitzung, 5 märz 1885. *Centralblatt f. Gynaekologie,* 1885, N. 28.

(13) TILLAUX. « La ponction de l'utérus dans l'hydramnios aigu. » *Arch. de tocol.,* 1886, pag. 1124.

(14) GOETZ und WARINSKY. « Hydramnios, Geburt eines Anencephalus. » *Centralblatt f. Gynaekologie,* 1886, N. 28 (dalla *Revue méd. de la Suisse rom.,* 1886, N. 3).

(15) BLANC. « De l'hydramnios aigue. » *Nouv. arch. d'obst. et de ginéc.,* 1886, N. 3.

(16) MANTEL. « Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. » *Arch. de tocologie,* 1888.

(17) RAINERI. Osservatore. *Gazzetta Medica di Torino,* 1889.

(18) KRUSE. « Ueber Hydramnion bei eineiigen Zwillingen. » *Deutsche Medicin. Wochens.,* 1890, N. 5.

(19) PHOCAS. « Grossesse gémellaire, hydramnios, ponction, guérison. » *Ann. de gynécol.,* 1890, p. 361.

(20) WILSON. « A contribution tho the history of hydramnios. » *The american Journal of obstetrics,* 1887, N. 1, pag. 19.

(21) HUMPHREYS. « Case of acute hydrops amnii following sudden death of a near relative. » *The Lancet,* 1888, vol. I, N. 8, pag. 368.

RASSEGNA

Giacomo Emilio Curatulo. — **Gravidanza in utero doppio didelphys e vagina septa.** — Dalla *Riforma Medica*, maggio 1891.

Nella prima parte del lavoro l'A. espone brevemente le classificazioni delle anomalie di sviluppo che si possono produrre durante la vita intrauterina o fetale, secondo Lefort, Müller, Furst, concludendo che la forma di utero doppio, *didelphys* è rarissima, e che più raro ancora accade di riscontrare in esso la gravidanza.

Indi segue la esposizione del caso osservato. L'A. chiamato in consulto da un collega, faceva diagnosi di *probabile* gravidanza (al 4.° mese circa) dell'utero destro di un utero doppio, didelphys, con vagina septa, in una signora di 34 anni già da alcun tempo sofferente nell'apparato genitale.

Nessun disturbo mestruale antecedente al matrimonio aveva potuto destare dei sospetti sulla malformazione, che impedì sempre al marito l'amplesso sessuale.

Le ejaculazioni all'ostio vaginale furono sufficienti a rendere gravida la signora. È riferito il dettagliato riscontro vaginale e rettale praticato nella narcosi cloroformica per un discreto grado di vaginismo. L'A. rivide la donna due mesi dopo, in allora l'aumento asimmetrico dell'addome, la colorazione dei genitali, i dati della palpazione, e sopratutto quelli della ascoltazione risolsero in certezza ogni dubbio, la gravidanza era inoltrata al 5.° mese. È meritevole di nota il fatto che nelle epoche corrispondenti alle mestruazioni la signora avvertiva dolori fierissimi nell'utero di sinistra, accompagnati da emissione di poco sangue vermiglio, e talora delle ribelli epistassi.

Nessuna condizione minacciosa faceva decidere per qualche intervento, la gravidanza venne lasciata a sè, ed essa spontaneamente si interruppe al 7.° mese. Il periodo dilatante normale, l'espulsivo difficoltato dal setto vaginale il quale finì poi col cedere alla pressione della testa spinta in avanti dalle contrazioni uterine. Feto vivo, secondamento normale. Puerperio apiretico. Le mestruazioni apparvero il 20 maggio, ossia 50 giorni dopo il parto; il coito è possibile non esistendo più il setto vaginale.

L'A. indi fa qualche considerazione. Emette l'opinione che forse la gravidanza si interruppe al 7.° mese perchè l'utero non poteva più espandersi oltre quel limite.

Crede che la anomalia in parola non abbia influenza sulle presentazioni ma bensì sulla situazione del feto, che deve essere quasi sempre longitudinale. Nulla aggiunge circa il parto perchè egli era assente, ma si compiace che l'aver atteso abbia dato tempo alla gravidanza di inoltrarsi assai, mentre che l'intervento in consulto avrebbe potuto mettere in serio cimento la salute della madre sacrificando necessariamente quella del feto.

DECIO.

LAWSON TAIT. — **Sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines.** — Comunication faite au Congrès français de Chirurgie. — *Annales de Gyn. et Obst.* Avril 1891.

L'A. crede che talune malattie degli annessi uterini non guariscono che colla ablazione, e pensa che nessuna seria obbiezione può essere sollevata dal lato mortalità, che le statistiche hanno dimostrato minore del 3 p. 0[0. Riguardo ai risultati remoti, pei quali tanto si discusse, è convinto che si dovrebbero limitare le indicazioni delle operazioni, invece di attaccare l'operazione per sè stessa. Dimostra falsa l'accusa che l'operazione tolga alla donna gli attributi femminili e distrugga i caratteri fisici della giovinezza ed il senso erotico. Divide le proprie osservazioni in tre differenti categorie:

1.ª *In cui l'operazione è eseguita per una malattia uterina, miomi, metrorragia, dismenorrea*;

2.ª *Lesioni dipendenti da una malattia flogistica localizzata agli annessi.*

3.ª *I diversi sintomi nervosi che possono essere guariti o migliorati colla menopausa.*

Tale divisione, dice lo stesso Tait, è arbitraria, essendo impossibile lo stabilire una divisione assoluta.

1.° 271 casi di miomi con mortalità del 2.2 p. 0[0. Dei 265 casi, solo 8 senza risultati soddisfacenti; di questi 8 casi, alcuni subirono l'isterectomia, avendo il tumore continuamente aumentato di volume, altri morirono per sintomi attribuibili alla malignità della neoplasia od al deperimento. Restano dunque 257 casi di guarigione completa, cioè cessazione di sintomi, diminuzione e talora scomparsa del tumore, o stazionarietà di esso. Riguardo alla scomparsa del tumore dopo l'ablazione degli annessi, l'A. è d'avviso che l'età della donna influisca sul decorso e sulla guarigione. Prima dei 40 anni il 70 p. 0[0 dei tumori scompaiono completamente, dai 40 ai 50 diminuiscono in modo sensibile, ma dopo i 45 la diminuzione è di un sesto. L'idea comunemente accetta che la menopausa naturale eserciti una benefica influenza sui fibromi è dimostrata erronea. Secondo l'A. l'operazione non solo solleva le ammalate dalle loro sofferenze, ma le guarisce in un

modo permanente. Tali risultati potè constatare là ove le metrorragie erano dovute a cause indeterminabili; metrorragie ribelli ai ripetuti trattamenti intra-uterini, non escluso il raschiamento.

2.° Nella seconda categoria le condizioni sono ben diverse da quelle che si incontrano nei casi di miomi, l'alterazione degli annessi sfigurati in seguito a malattie croniche rende l'operazione difficile, ma il Tait sostiene che la impossibilità è solo relativa e che nessuna operazione deve rimanere incompiuta. A lui non importa lacerare la vescica o l'intestino nel distacco di aderenze, le eventuali fistole urinose o stercoracee furono sempre guarite in un secondo tempo. I profondi tragitti fistolosi nel bacino suppuranti vengono dall'A. guariti col *drenaggio circolare.* Non ha ancora un numero sufficiente di casi per trarre delle conclusioni positive. Talora la mestruazione si arresta in grazia della operazione, ma spesso questa non produce immmediato sollievo ai dolori, poichè, come nelle amputazioni degli arti, i nervi non si sono ancora atrofizzati e non hanno completamente cessata la loro funzione, i dolori persistono talvolta per mesi e mesi. Ciò che deve essere ricordato si è che l'ablazione delle trombe deve essere assolutamente completa.

Anche se la mestruazione non è soppressa, furono visti casi in cui la ablazione degli annessi portò immediatamente a duratura scomparsa dei sintomi che reclamavano la operazione. Questo punto costituisce una notevole differenza coi casi di miomi dove la cessazione della mestruazione è ciò che noi desideriamo. Talora si ponno formare dei veri ematomi in grembo al legamento largo, dovuto alla rottura di qualche vaso, essi o si riassorbono, o se danno suppurazione dovranno essere aperti, ciò che necessariamente ritarderà la guarigione.

In questa seconda categoria il sintomo prevalente si è la incapacità al coito dovuta alle sofferenze; la ablazione degli annessi apporta in linea generale dopo qualche mese la possibilità dei contatti sessuali, ed il disturbo passaggero che prova l'appetito sessuale per la artificiale menopausa è a mille doppi compensato nel potere la paziente sopportare l'abbraccio venereo che le era divenuto intollerabile.

3.° Per quanto concerne la terza serie non si crede autorizzato ad emettere il proprio parere sul valore della operazione. Osa soltanto prevedere un grande avvenire per la operazione, ma *solo quando si potranno delimitare le indicazioni con un serio esame.* Cita una osservazione di una idiota epilettica, che dopo l'operazione (anno 1880) non ebbe più che lievissimi e rari attacchi convulsivi; ed un altra, coronata da splendido successo, di una signora che era divenuta poco meno che pazza.

Termina la comunicazione augurandosi che presto abbia a finire l'ostinata opposizione dei chirurghi inglesi della vecchia scuola.

Decio.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Congresso francese di chirurgia.

Seduta 30 marzo 1891.

Dei risultati remoti della estirpazione degli annessi dell'utero nelle affezioni non neoplastiche di quest'organo.

Spencer Wells riconosce i risultati buoni, ma protesta contro l'abuso della ooforectomia nelle affezioni non neoplastiche, credendo che molti casi di salpingite guariscono senza operazione.

Lawson Tait espone quanto è detto nel precedente articolo di rivista.

M. Jacobs dopo aver esposta la numerosa sua statistica conclude che: 1.° i risultati remoti sono assai favorevoli nella ablazione degli annessi per suppurazione. — 2.° Per le affezioni catarrali e sopratutto per quelle di piccolo volume i risultati sono meno buoni. — 3.° Nelle donne nervose, la castrazione apporta raramente delle modificazioni fortunate.

Le Dentu (di Parigi), 34 casi con un solo decesso, dice che i risultati definitivi variano in ragione delle circostanze, che rendono la situazione anti-operatoria assai complessa: lunga data degli accidenti, estensione delle aderenze, stato nevropatico della donna. Quest'ultima circostanza ha una tale importanza, che il pronostico dell'intervento non può essere stabilito in modo assolutamente certo, se i sintomi nervosi predominanti sono di lunga data, prima dell'intervento chirurgico.

La minima parte di tromba (moncone), lasciata nell'addome può a sua volta dilatarsi e dar luogo ad una idrosalpinge dolorosa. Da ciò il precetto di asportare la tuba fino alla sua inserzione uterina. Contro le idrosalpingi secondarie raccomanda la dilatazione uterina lenta.

Terillon (di Parigi) porta la statistica di 140 operazioni per indicazioni varie; i risultati immediati danno 9 morte sopra 140 operate; aggiunge che la mortalità fu più elevata nella prima metà della serie, in causa della sua inesperienza.

Sopra le prime 90, 74 sono assolutamente guarite; in 12 si ripristinarono i disturbi, ma in modo assai più benigno; 4 sono ancora malate, cioè hanno lesioni persistenti in prossimità degli annessi.

In 3 casi, in cui si fece la castrazione unilaterale si verificò una successiva gravidanza.

Quanto agli ultimi 50 casi non può dare dei risultati definitivi perchè le malate non furono seguite abbastanza. Dice di tre casi in cui a breve distanza dalla operazione, forse per un rimasuglio di tromba, ebbe a constatare ciò che fu visto dal Dentu. L'oratore dice d'aver guarito le sue malate colla semplice puntura ed evacuazione del liquido.

M. Bouilly (di Parigi) è d'avviso che i risultati dati dalla ablazione degli annessi sono eccellenti là ove la indicazione è fornita dalla presenza e dalla natura ben determinata di una lesione ed in prima linea pone le pio-salpingiti e le ovariti suppurate. Parlando degli insuccessi li divide in tre categorie.

1.° Recidive per parte del peritoneo. — 2.° Dolori persistenti più o meno tenaci (persistenti e passeggeri). — 3.° Perdite uterine, mucose, mucopurulenti ed emorragiche. La massima parte di questi inconvenienti crede legati alla tecnica operatoria imperfetta, a residui di piccoli rimasugli di annessi. In quanto alle perdite le mette a carico di peculiari stati dell'endometrio.

Richelot (di Parigi) offre i risultati già esposti.

Jeannel (di Tolosa) riferisce di accidenti tardivi per degenerazione cistica, per ascesso dell'ovaio e per pio-salpingite, accidenti analoghi a quelli segnalati da Le Dentu e Bouilly. In molte delle operate vide il ritorno delle regole, in altre in luogo del catamenio l'insorgenza di congestioni emorroidarie.

Pozzi (di Parigi) insiste solamente sugli sventramenti consecutivi alla operazione, e propone un metodo di sutura a tre piani.

Segond (di Parigi) porta 17 osservazioni. Egli desidera confrontare i risultati della laparotomia con quelli della isterectomia per via vaginale. Le sue 17 osservazioni così si riassumono: un insuccesso presso una signora sofferente per lesioni non suppurative degli annessi. Le 16 rimanenti gli diedero 5 guarigioni complete, delle quali 2 per pio-salpingite e tre per lesione non suppurate, 7 migliorarono assai, 5 restarono coi loro disturbi. Dice poi che in 3 operate sono sopraggiunte delle ernie, il che non sarebbe accaduto coll'intervento vaginale. È tuttavia partigiano della laparotomia ogni qualvolta vi abbia incertezza sul diagnostico delle bilateralità della affezione. Ciò detto espone i risultati della operazione di Péan, (vedi rivista della intera comunicazione).

Routier (di Parigi), 52 ablazioni degli annessi: 1.° la sopressione totale assoluta delle mestruazioni seguì la totale ablazione degli annessi. 2.° Il ventre in generale è poco sensibile dopo l'operazione, ed all'infuori dalle epoche in cui dovrebbero corrispondere le mestruazioni, in cui talora alcune operate provano come delle vampe di calore, tutte si trovano in uno stadio perfetto. 3.° L'atrofia uterina è pressochè costante. Non osservò accidenti gravi attribuibili a fistole, si loda anche della castrazione unilaterale.

Bazy (di Parigi) comunica l'osservazione di laparotomie praticate per rimediare ad accidenti di indole isterica. Nell'uno dei casi l'ovaio e le trombe erano assolutamente immobilizzate nella piccola pelvi per antiche aderenze, e l'A. si limitò a distruggerle, l'effetto fu soddisfacente. Nell'altro caso trattavasi di piccole cisti, e la malata soffriva di paraplegie, contratture. Le ovaie cistiche furono asportate, l'effetto fu completo.

Doyen (di Reims) praticò 56 operazioni, 20 delle quali dalla via vaginale. I risultati remoti di questi 56 atti operativi dimostrano che la castrazione totale, cioè la isterectomia vaginale seguita dalla ablazione degli annessi è l'operazione che dà il risultato terapeutico più costante e duraturo. Crede però che il semplice distruggere le aderenze sia talora sufficiente considerando la castrazione e l'isterectomia come eccessive.

Nei casi complicati alla isterectomia deve precedere la laparotomia esploratrice, che da sola talora può bastare.

Dagli *Annales de Gyn. et Obst.*, avril 1891.

Decio.

Errata corrige al fascicolo precedente.

	Errata.	Corrige.
Pag. 510, lin. 13-14 —	le quali molto di frequente secondo v. Säxinger (2), quasi sempre, menano all'esito letale.	le quali molto di frequente (secondo v. Säxinger (2) quasi sempre) menano all'esito letale.

In calce alla memoria del dott. Tusini, pubblicata nel fascicolo di luglio, venne omessa l'indicazione: *Tesi di laurea, 1890.*

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Settembre 1891. Num. 9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN NOVARA

12 OCT 91

ANCORA SUI RISULTATI
DELLA
moderna terapia chirurgica in casi di osteomalacia
E SULL'INDOLE DI TALE AFFEZIONE MORBOSA

PEL
Dott. ETTORE TRUZZI
Professore Direttore.

Nel N. 12 del *Centralblatt f. Gynäkologie,* l'Hofmeier pubblicava quest'anno un interessante caso di osteomalacia *non puerperale*, curata a mezzo della castrazione (1); un caso, molto analogo a quello da me riferito al X.° Congresso internazionale di medicina a Berlino e fatto tema di una pubblicazione nello scorso anno (2). La paziente di Hofmeier, una *nullipara*, dell'età di 30 anni, ridotta in tre anni dall'osteomalacia in uno stato miserevole, operata il 6 novembre 1890 di castrazione, riacquistava in meno di un mese la possibilità di camminare senza sostegni e senza intensi dolori; e dopo altri due mesi si sentiva libera da ogni sofferenza, poteva fare lungo cammino senza alcuna difficoltà e si era rimessa completamente in salute.

(1) M. Hofmeier. « Zur Frage der Behandlung der Osteomalacie durch Kastration. » *Centralblatt f. Gynäk.*, 1891, N. 12, pag. 225.

(2) Truzzi. « Della castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Milano, 1890.

Eppure anche nel caso di Hofmeier, come nei miei, nessuna speciale alterazione veniva riscontrata nelle ovaie ed in genere nelle dipendenze uterine; mancava ogni traccia di quella esagerata ricchezza di vasi sanguigni, di quello stato di varicosità abnorme dei medesimi, che venne in più casi riscontrato da Fehling; mancava infine negli antecedenti anamnestici qualsiasi manifestazione di quella esaltata funzionalità delle ovaie, che viene ammessa ancora da Fehling come ragione prima dell'osteomalacia; la funzione mestruale infatti nell'operata di Hofmeier non aveva mai presentato alcunchè di anormale, erano mancati concepimenti e gravidanze; per di più le ovaie si presentavano piccole, atrofiche come di persona all'epoca del climaterio. Il prof. di Vurzbourg nella sua pubblicazione insiste giustamente sopra questi particolari per dimostrare come non sempre possa reggere l'ipotesi di Fehling, come non sempre cioè sia lecito considerare l'osteomalacia quale processo di trofoneurosi dipendente dalle ovaie; tra altro questa ipotesi, scrive Hofmeier, che tutto ascrive alla esaltata funzionalità delle ghiandole sessuali muliebri, ed alla conseguente eccitazione riflessa dei nervi vaso dilatatori delle ossa pelviche, non può in nessun modo spiegarci nè la singolare distribuzione geografica della malattia, nè altre particolarità della stessa.

L'autore pertanto arriva a concludere, che gli innegabili costanti risultati della castrazione nell'osteomalacia, e sopratutto i due successi fin qui ottenuti in casi di osteomalacia non puerperale, hanno bensì valso empiricamente a dimostrarci l'efficacia di un tale intervento in casi di osteomalacia anche grave, progressiva, altrimenti incurabile; ma ci hanno reso ancora più oscuri i capitoli dell'etiologia e della patogenesi dell'osteomalacia, hanno aumentate le nostre incertezze sulla strana natura di questa osteopatia.

Anche lo Schauta nella pubblicazione fatta lo scorso anno di un suo caso di osteomalacia puerperale progressiva, guarito mediante la castrazione (1), confessa di non sapere dare una plausibile spiegazione di tale sorprendente risultato nella cura dell'osteomalacia. Confuta la teoria di Zweifel, secondo la quale il miglioramento dipenderebbe essenzialmente dalla tolta possibilità di nuove gravidanze, e cita casi in cui l'osteomalacia non dimostrò alcuna tendenza a migliorare anche gran tempo dopo av-

---

(1) Schauta. « Die Kastration bei Osteomalacie. » *Wiener Medizin. Wochenschrift*, N. 19, 1890.

venuto il parto, e fece anzi rapidi progressi quando da molti anni erano assenti nuove gravidanze. L'A. solleva pure dei dubbi sul valore della ipotesi già citata di Fehling, ricordando come in un caso operato di operazione Porro a Vienna dallo Spaeth nel 1877, l'osteomalacia fosse guarita a malgrado che nell'operazione cesarea fossero state lasciate in sede le ovaie e la demolizione avesse interessato il solo corpo uterino. In base a questi fatti, in base alla circostanza che in taluni casi l'osteomalacia ebbe a presentare un periodico peggioramento ad ogni ricorrenza mestruale, lo Schauta si mostra inclinato a credere che il miglioramento dell'osteomalacia sia devoluto alla soppressione non della possibilità di nuove gravidanze, come vorrebbe Zweifel, non della ovulazione e delle altre vicende ovariche, come vorrebbe Fehling, bensì semplicemente del fenomeno mestruazione; con tale dottrina l'A. tenderebbe appunto spiegare come la guarigione possa aversi e colla demolizione delle ovaie, e con quella del solo utero.

Anche però contro questa ipotesi di Schauta non mancano obbiezioni; tra altro ci basti notare come le storie cliniche dei casi di castrazione per osteomalacia sieno concordi nel dimostrarci che il miglioramento che ne viene all'ammalata, è così immediato, così prontamente sensibile, da non poter essere unicamente attribuito alla lenta influenza favorevole dell'esonero dal tributo mestruale; il vantaggio non dovrebbe in tal caso appalesarsi che dopo qualche mese, non a distanza di poche settimane e, sto per dire, di pochi giorni dalla praticata castrazione.

Pertanto la quistione è ancora tutta aperta a nuovi studii, ai quali malauguratamente non possono dedicarsi con speranza di buon esito se non quei pochi, che esercitano ostetricia nelle regioni dove l'osteomalacia è endemica. Sotto questo punto di vista io non posso che rimpiangere la mia vita di assistente alla Maternità di S. Caterina in Milano, dove, com'è noto, i casi di osteomalacia affluiscono ogni anno con una frequenza relativamente straordinaria. L'attuale mia sede invece è poco propizia alla continuazione dei miei studi sopra questo argomento; anzitutto il Piemonte, come risulta dai confronti statistici del mio amico dott. Gallia (1), offre un dominio assai più ristretto all'osteomalacia, che

---

(1) Gallia. « Contributo allo studio dell'osteomalacia. » Nel volume dedicato all'ill. prof. Tibone, Milano 1890.

non il territorio milanese; la differenza sarebbe rappresentata nella statistica di Gallia dal rapporto 37. 6 : 100. Nell'Ospedale poi di Novara, a cui è annessa la Scuola di Ostetricia, che ho attualmente l'onore di dirigere, l'osteomalacia è tanto eccezionale, che, a memoria anche dei medici primari più anziani, non viene ricordato alcun caso di tale malattia.

Tale estrema infrequenza dell'osteomalacia nell'agro novarese verrebbe a dare appoggio alle idee, che sulla genesi di tale osteopatia vennero testè propugnate con nuovi fatti dal citato dott. Gallia; le acque infatti di questa regione, e più specialmente della città di Novara, sono assai ricche di sali calcari, tantochè, come risulta da analisi fatte dal prof. L. Silvestrini (1), la *durezza*, ossia la proporzione dei sali calcari e magnesiaci, supera nelle medesime del doppio la media normale, che in buone acque potabili raggiunge appena i 26 gradi idrotimetrici (metodi Boutron e Boudet), mentre l'acqua della città di Novara toccherebbe una media di 48. 7 gradi.

Il contributo pertanto, che mi è dato portare in questa occasione, allo studio della oscura patogenesi dell'osteomalacia e degli splendidi risultati curativi, che si osservano in seguito alla demolizione chirurgica degli annessi uterini, non può essere che assai modesto, ed in parte basato su osservazioni raccolte a Milano, negli ultimi mesi del mio assistentato a S. Caterina. Tale contributo cioè riguarda:

1.° Le ulteriori notizie sui due casi già da me pubblicati nello scorso anno, notizie, che spero attese con interesse, massime quelle riguardanti il rarissimo caso di osteomalacia non puerperale.

2.° La storia di un terzo caso, fin qui inedito, di osteomalacia, operato con felice esito, di castrazione.

3.° Il risultato di alcune ricerche comparative istituite sopra un caso di osteomalacia puerperale in donna proveniente dall'agro vercellese, ricoverata in istato di gravidanza quest'anno nella clinica ostetrica di Novara, e da me nello scorso giugno operata di operazione Porro. Tali ricerche, intraprese a scopo di confronto e prima e dopo l'intervento chirurgico, quando cioè la donna erasi già ridotta per la malattia in miserevoli condizioni e quando la stessa erasi ben ricostituita dopo l'opera-

---

(1) Leopoldo Silvestrini. « Studio chimico delle acque potabili della città di Novara. » Novara 1878.

zione, rappresentano un modestissimo contributo per lo studio dell'*alcalescenza del sangue,* della *propeptonuria,* ed infine dello *stato batteriologico del sangue* in casi di osteomalacia.

I. *Notizie postume sulle osteomalaciche operate di castrazione il 19 maggio ed il 17 giugno 1890.*

Entrambe le operate, da me visitate anche di recente, godono buona salute: la prima, già affetta da osteomalacia puerperale non solo attende alle faccende sue domestiche, ma si guadagna da vivere col lavoro delle proprie braccia. È ingrassata: ebbe il 10 ottobre, a circa 5 mesi dalla subita castrazione, una perdita sanguigna, discretamente copiosa, dai genitali: prima e dopo di quest'epoca amenorrea assoluta.

Più curioso è il contegno del periodo mestruale nella nullipara operata di castrazione per osteomalacia non puerperale. Dopo una completa sospensione del periodo mestruale per quasi sei mesi, nello scorso dicembre ebbe la ricomparsa di perdita sanguigna dai genitali per 3-4 giorni, ed alla medesima tennero dietro con periodo discretamente regolare, pressochè mensile, nuovi tributi, meno copiosi delle antecedenti mestruazioni, sempre della durata di 3-4 giorni. Anzi, nel giugno, in cui vidi la paziente, la perdita sanguigna erasi verificata due volte a distanza di circa 20 giorni. Ciò non toglie che la paziente si trovi assai bene in salute, e non abbia delle gravi sofferenze trascorse, che un ricordo in lievi dolori, che talora si appalesano lungo la colonna vertebrale alla regione dorso-lombare; ciò succede specialmente quando la paziente, che è ritornata al suo posto di maestra nell'istituto di religiose, dove ha contratto la malattia, abusa delle proprie forze e si affatica in modo per lei eccessivo. Anche quest'operata è ingrassata sensibilmente. Non saprei dar ragione della ricomparsa di emorragie a caratteri affatto analoghi a quelli di una mestruazione: ricordo che la castrazione, essendo le ovaie affatto libere, riescì completa, il che, in certo modo è dimostrato anche dal fatto, che per sei mesi dopo l'operazione, e quando già le condizioni migliorate della paziente avrebbero meno che prima giustificato un' amenorrea, ebbe a mancare qualsiasi manifestazione di mestruazione ed anche di solo *molimen* mestruale. Un tal fatto ci distoglie anche dal credere che possa essere sfuggita dal nostro esame l'esistenza di un ovaio sopranumerario.

Agli organi tuttora persistenti dell'apparato genitale nessuna apprezzabile lesione, che giustifichi le accennate perdite sanguigne, la cui periodicità abbastanza regolare, come l'assenza di leucorrea e di altri disturbi, escludono quasi *a priori* il concetto, che si tratti di un sintomo di affezione morbosa.

II. *Osteomalacia puerperale, a decorso grave. Incessante peggioramento della paziente, anche in assenza di nuovi fatti puerperali. Castrazione il 18 ottobre, a 34 mesi di distanza dall' ultimo parto. Guarigione.*

Debbo alla cortesia dell'egregio collega dott. Giuseppe Colombo, redattore della *Gazzetta Medica Lombarda,* l' opportunità di aver preso a studio ed operato questo terzo ed interessante caso di osteomalacia. Ecco le notizie più importanti sul medesimo:

Giuditta G. B., d'anni 30, nata a Tradate, domiciliata da sei anni a Milano. Nessun precedente gentilizio. La prima mestruazione a quindici anni, le successive regolari nel periodo, salvo qualche lieve ritardo, sempre piuttosto *scarse,* della durata di 2 a 3 giorni, una sol volta dolorose, tre mesi dopo l'ultimo parto. A 24 anni andò a marito: rimase incinta due mesi dopo il matrimonio; gravidanza normale, parto a termine, spontaneo, puerperio regolare. Fu durante l'allattamento del proprio bambino, che in assenza di qualsiasi altra causa disponente (abitazioni umide, vitto malsano, persistenza delle mestruazioni, ecc.), cominciò ad avere difficoltà a camminare, dolori alla cintura pelvica ed agli arti inferiori. Tali sofferenze crebbero al punto che all'ottavo mese dovette smettere l'allattamento e rinunciare anche alla propria professione di stiratrice. Il bambino, allevato coll'allattamento artificiale, crebbe bene e vive tuttora abbastanza prosperoso.

Due anni dopo si iniziava una seconda gravidanza: durante la quale i dolori crebbero subito al punto, che al settimo mese la donna non poteva reggersi in piedi, si alzava solo qualche ora dal letto, rimanendo seduta su una sedia, inetta a qualsiasi occupazione. La gravidanza andò a termine: il parto fu spontaneo, ma laborioso; il bambino, poco sviluppato al momento della nascita, crebbe poi debole, malaticcio ed anche attualmente non può reggersi sugli arti inferiori. La madre, dopo un fugace

miglioramento di qualche settimana, tornò in seguito nelle tristi sue condizioni, malgrado avesse rinunciato all'allattamento del proprio bambino: nel luglio 1888, sei mesi dopo il parto, si recò ai fanghi di Acqui; nell'inverno successivo ricoverò all'Ospedale Maggiore di Milano, fu curata con antipirina, vescicanti, ecc. Ne uscì peggiorata, tantochè dopo qualche mese non potè più muoversi dal letto.

Quando il 1.° ottobre 1890, l'ammalata venne da me fatta ricoverare in una casa privata di salute in Milano, in Via Quadronno 23, versava in condizioni veramente miserevoli: tutte le ossa dello scheletro, tranne quelle del capo, erano dolenti alla pressione, e più specialmente la porzione antero-laterale delle coste, l'ulna e le ossa pelviche. Lo sterno nella sua metà inferiore era alquanto infossato: la colonna vertebrale offriva una leggera cifoscoliosi destra cervico-dorsale: in basso, ad una lieve lordosi lombare, faceva seguito la sporgenza fortemente gibbosa del sacro caratteristicamente incurvato. Alla pelvi non mancavano le altre più classiche deformazioni dell'osteomalacia, inflessione delle ali iliache, rostro pubico, abolizione quasi completa della distanza fra le tuberosità ischiatiche, stretto superiore a foggia di tricorno, ecc., D. sp. 21, D. cr. 28. 5, D. bitr. 27, D. obbl. d. 22. 5, D. obbl. s. 22. 7, C. E. 18. 7, C. diagonale e vera impossibili a valutarsi coll'ordinario metodo digitale per l'estrema riduzione del diametro bisischiatico e la deformazione pubica. Gli arti inferiori sono abbastanza diritti; l'abduzione è assai limitata. Stato di nutrizione generale assai decaduto: muscoli della vita di relazione sottili, atrofici: mucose visibili però discretamente colorate.

Avanti l'atto operativo tentai valutare il grado di alcalescenza del sangue addottando il processo Landois-Jaksch; ma il risultato dell'esame per l'insufficiente sensibilità delle carte reattive e fors'anche per l'inesperienza che avevo allora in tali ricerche fallì, si può dire, completamente, lasciandomi solamente l'impressione generica, che l'alcalescenza del sangue fosse in tal caso alquanto al disotto delle medie normali.

L'ovarosalpingectomia venne da me praticata il 18 ottobre, colla cortese cooperazione del prof. Porro, e dei dott. Bertazzoli e Besia, e decorse spedita, senza particolari accidenti. Posi viva attenzione allo stato di vascolarità degli annessi uterini, avanti eseguire la castrazione, e subito dopo nei pezzi esportati; ma anche in questo caso, come negli antecedenti, non trovai indizio di quello stato di varicosità delle vene del plesso pampiniforme, di abnorme iniezione vasale alla tuba, al

mesosalpinge, al mesovario, che vennero riscontrati da Fehling in taluni suoi casi. L'utero era piuttosto piccolo, retroverso, mobile.

L'unico fatto che colpiva l'attenzione all' esame macroscopico delle ovaia estirpate era la deformazione di quella di destra per una prominenza ovoidea, del volume di una piccola noce, innestata sul polo esterno dell'ovaia: alla incisione, e meglio all'esame microscopico, apparve costituita da una *cisti ematica intrafollicolare;* dalla teca del follicolo si vedevano staccarsi, dirette verso il centro, delle tramezze incomplete di tessuto connettivo giovane, che impartivano alla cisti, osservata a debole ingrandimento, un aspetto come raggiato.

Quale significato si può concedere alla presenza di questa cisti ematica, in rapporto alle dubbie lesioni ovariche, in casi di osteomalacia? L'impressione lasciatami dall'esame anatomico è che si tratti di un fatto meramente accidentale, tutt'al più subordinato alle condizioni generali discrasiche della paziente. Come nello scorbuto vennero osservate apoplessie ovariche, anche nella compage dello stroma ovarico (1), non ripugna, parmi, l'ammettere che in una donna assai deperita per grave processo osteomalacico, con una crasi sanguigna certamente alterata, lo stravaso sanguigno, provocato dall'ovulazione, possa una volta avere assunto proporzioni un po' maggiori del normale. Ed in verità, questo episodio anatomico era tutt'affatto isolato: non segni di abnorme ricchezza vascolare nè per accresciuto numero di vasi, nè per loro ectasia, nè per ipertrofia delle rispettive pareti: nessuna apprezzabile alterazione neppure nell' elemento follicolare: epitelio germinativo bene conservato. Tutt'al più era ammissibile un lieve grado di proliferazione in grembo allo stroma connettivale ovarico, di data non recente, per un certo grado di stipatezza delle sue fibre. F. Rollin nel suo lavoro sulle emorragie ovariche (2) ha insistito sulla importanza della sclerosi ovarica come fattore di apoplessie intrafollicolari.

Il decorso post-operatorio della paziente fu dei più regolari; però il cambiamento di scena nello stato della medesima mi parve un po' meno pronto che non nei due antecedenti miei casi. Ad ogni modo, allorquando la donna il 9 novembre lasciava la casa di salute, il miglioramento era

---

(1) Olshausen. « Krankh. der Ovarien. » 1886, p. 18.

(2) F. Rollin. « Des hémorrhagies de l'ovaire. » Th. inaug. 1889 — ed: *Ann. de gynécol.*, 1889, p. 354.

già abbastanza evidente ed incontestabile: la donna poteva muoversi per la camera, avvertendo soltanto dolore all'arto inferiore sinistro, ed anche scendere le scale mediante lieve appoggio. Nei sei mesi successivi avvertì, in coincidenza alle epoche mestruali, per due o tre giorni, un po' di dolori lombari e la fugace comparsa di un legger grado di leucorrea; poi cessaron anche questi passeggeri disturbi, mentre nel frattempo il miglioramento della donna fu così notevole e progressivo, che attualmente la stessa attende tranquilla alle sue faccende domestiche, sta in piedi tutto il giorno e solamente nelle giornate umide, piovose, accusa un po' di dolori all'arto inferiore sinistro. Inutile aggiungere che le deformazioni scheletriche permangono affatto immutate.

Da questo come dagli antecedenti due casi risulta dunque una nuova conferma circa il valore clinico della proposta Fehling per la terapia chirurgica dell'osteomalacia.

Certamente anche nell'adozione di tale pratica dobbiamo guardarci dalle esagerazioni: la castrazione, che il Mensinga, in base a risultati forniti nell'osteomalacia, vorrebbe perfino indicata a scopo profilattico in quelle donne, nelle quali la resistenza organica sia gravemente affievolita per colpa di eccessiva fertilità (1), la castrazione, anche quando si tratti di vera osteomalacia, non va praticata a cuor leggero, senza distinzione di casi. Si deve, a parer mio, largheggiare nelle indicazioni nei soli casi di osteomalacia non *puerperale* (quando però non si tratti, s'intende, delle varietà sifilitica o senile); e ciò perchè, come ammette anche l'Inverardi (2), la prognosi dell'osteomalacia è assai peggiore se si tratta della forma non puerperale anzichè di quella puerperale; l'inefficacia di ogni altro trattamento giustifica allora l'intervento chirurgico, come l'unica àncora di salvezza in simili contingenze. Invece nell'osteomalacia *puerperale* è giusto che si debba andare più a rilento nell'intervenire: il carattere della malattia dev'essere decisamente *progressivo*, come succede appunto quando la donna tende a peggiorare anche allora che non è nè gravida nè nutrice, e sia trascorso un tempo più o meno lungo dalle vicende puerperali antecedenti.

---

(1) Mensinga. « Ueber Kastration und osteomalacie. » *Internat. Klin. Rundschau,* 1890, N. 46 e *Centr. f. Gyn.,* 1891, N. 12, p. 244.

(2) Inverardi. Art. « Osteomalacia » *Enciclopedia Vallardi,* pag. 650.

All'estero i fatti si moltiplicano e con mirabile costanza di successo: il Fehling in un recente suo lavoro (1) dava un elenco di 21 casi, di cui 20 seguiti da guarigione; ho citato in principio di questo lavoro il caso di Hofmeier; alla Società ostetrico-ginecologica di Vienna (seduta 14 ottobre 1890), il Lihotzki presentava una donna, che da tre anni era in preda ad osteomalacia, e che, operata appena 26 giorni prima di castrazione, poteva già camminare colle gruccie, mentre da mesi era inferma nel proprio letto: e nell'istessa seduta l'Herzfeld ricordava altri due casi di C. v. Braun nei quali pure la castrazione aveva prodotto l'arresto del processo morboso dell'ossatura. In Italia invece la lista dei casi è brevissima; anzi si riduce, che io mi sappia, ai soli tre che mi appartengono. È probabile, che la diffusione della proposta Fehling incontri difficoltà per la penuria di casi, in cui sia nettamente indicata.

Io non posso che augurare ai clinici, che giudicano intempestivo ed esagerato l'entusiasmo pei risultati ottenuti su questo campo, l'opportunità di fare personale esperienza nel medesimo ed assicurarsi *de visu* della straordinaria prontezza, onde al compenso chirurgico seguono il miglioramento, la guarigione.

III. *Alcune ricerche sull'alcalescenza, sullo stato bacteriologico del sangue, e sulla albumosuria in donna affetta da osteomalacia puerperale a decorso progressivo ed operata il 7 giugno 1891, di operazione Porro.*

Credo non inutile premettere qualche notizia sul caso clinico, che mi offerse quest'anno opportunità di studio sull'osteomalacia anche nella Clinica ostetrica di Novara.

La paziente, L. Teresa, proveniente da Asigliano Vercellese, viene accolta il 18 aprile corrente anno in istato di gravidanza (metà settimo mese). Ha 36 anni: fu mestruata a 13 anni ed i tributi successivi furono sempre discretamente copiosi, indolori, della durata media di 5 giorni. Godette sempre in passato buona salute, nè ha precedenti gentilizi degni di nota. Abitò locali asciutti e sani. La fertilità della donna

(1) Fehling. « Ueber Wesen u. Behandlung der puerperalen Osteomalakie. » *Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX, Hft. 2.

è indubbia: lo dimostra il succedersi di otto gravidanze; lo dimostra il fatto che di queste una fu gemellare. Parti spontanei: sei allattamenti di cui uno mercenario e protratto per 18 mesi. Le sofferenze osteomalaciche si sarebbero iniziate alla pelvi ed agli arti inferiori or sono cinque anni, nel corso della sesta gravidanza, ed aggravate nella settima al punto da impedire quasi la deambulazione. Ricoverò allora nella Clinica ostetrica di Vercelli verso l'ottavo mese, e partorì a termine, spontaneamente, ma con esito di morte del feto in soprapparto. Il dottor Raineri, che pubblicò la storia di questo caso clinico, ed alla cui cortesia debbo l'opportunità di avere accolto quest'anno l'inferma nella Clinica di Novara, così scrisse sull'andamento del parto e del puerperio (1): « ..... Le branche ischio pubiche si allargano considerevolmente, cedendo alla pressione della testa che esce in posizione occipito-sacrale. In soprapparto, per la continuità delle contrazioni, che si fecero subentranti, non fu più possibile avvertire il battito fetale. Il feto espulso non diede più segni di vita..... Puerperio normale; il giorno 14 (marzo 1889) la donna lasciò la clinica, *con nessun notevole miglioramento nelle condizioni dello scheletro.* » Trasportata al proprio domicilio, dal marzo 1889 al giugno non potè muoversi dal letto; in seguito riuscì a fare colle gruccie qualche passo nella camera. Rimase così in condizioni pressochè stazionarie fino al gennaio 1890, notando soltanto una marcata esacerbazione delle proprie sofferenze ad ogni periodo mestruale. Da quell'epoca i dolori, mancando pure l'influenza di nuove gravidanze, si fecero più intensi e mano mano si estesero anche agli arti superiori, dove alla prima insorgenza si manifestarono con carattere quasi accessionale (a periodi di 6-7 giorni), accompagnandosi l'accesso doloroso, della durata di poche ore, a crampi violenti delle masse muscolari. *Così dal gennaio 1890 all'epoca presente, e prima ancora che nel settembre dell'istesso anno si iniziasse l'attuale gravidanza, la paziente fu sempre a letto, avendo la osteomalacia assunto un carattere francamente progressivo.*

Stato presente. Emaciazione profonda: ogni movimento attivo o passivo agli arti, al tronco suscita dolori vivissimi alla inferma. Le ossa del capo sono le sole risparmiate dal processo e perciò indolenti alla pressione. Il torace offre alla regione anterosuperiore un largo e pro-

---

(1) Raineri. « Due casi di osteomalacia. » Osservatore. *Gazzetta Medica* di Torino, 1889, pag. 8.

fondo avvallamento a scodella, in basso invece è alquanto ampliato in senso trasverso. Le ultime coste, tutte dolentissime e l'una all'altra avvicinate, sono come rabberciate all'infuori: qui il torace misura una circonferenza di 83 cm., mentre questa non è che di 75, misurata appena all'insotto delle cavità ascellari. La colonna vertebrale è deformata per lieve cifoscoliosi dorsale destra e cifosi lombo sacrale. La pelvi offre le seguenti misure:

Distanza spine	cm.	23. 5
» creste	»	29. 5
Diam. obbl. d.	»	22. 5
» » sin.	»	22
» bitrocant.	»	28
» bisischiatico	»	6

La massima deturpazione ha luogo in corrispondenza alla parete pelvica antero laterale, per avvenuta introflessione delle pareti cotiloidee e formazione del cosidetto rostro pubico; riesce pertanto malagevole ottenere una giusta misura delle coniugate; arti inferiori abbastanza diritti, ischeletriti; il movimento di abduzione, sia passivo che attivo, quasi nullo.

L'atto operativo venne impreso addì 7 giugno, nella prima metà del nono mese. Gli ottimi risultati avuti dalla legatura elastica perduta del peduncolo, sia nel campo ginecologico, sia in occasione di alcuni miei esperimenti inediti su coniglie gravide, modificando alquanto le mie convinzioni intorno al miglior governo che oggidì si può fare del peduncolo in casi di operazione Porrò, mi consigliavano la scelta del metodo di affondamento col laccio elastico; il quale in questo caso speciale mi offriva, in confronto alla fissazione esterna, il vantaggio di evitare ad una paziente molto debole i danni, per quanto non gravi, di una convalescenza piuttosto lunga, ed in confronto poi alla pratica dell'affondamento coi metodi ordinari di sutura con seta o con catgut, mi sembrava di gran lunga preferibile per la necessità che l'atto operativo fosse compiuto colla massima celerità possibile e la narcosi non fosse protratta oltre i limiti della scarsa resistenza dell'operanda. Senonchè tale programma operatorio dovette all'ultimo istante essere cambiato: avvenne infatti che il laccio elastico tenuto

più giorni in soluzione alcoolica di sublimato al 5 0[0, si alterò per modo nella propria elasticità, che già nelle prove praticate avanti l'atto operativo mi lasciò dubbioso sulla possibilità di poterlo utilizzare: decisi, in vista di ciò, di affidare, come usa anche il Ruggi nelle isterectomie, ad un serranodo a filo metallico lo sforzo di strettura provvisoria del peduncolo, e di mantenerla poi definitivamente a mezzo del laccio elastico. Questo però alle modiche trazioni, che si esigevano a tale scopo, si ruppe, ed allora senz'altro mi decisi alla fissazione esterna del peduncolo, anche perchè la narcosi, per quanto durasse da pochi minuti, cominciava già a dare fenomeni inquietanti di cianosi e di asfissia nella paziente, così da richiedere manovre di respirazione artificiale ed iniezioni ipodermiche di caffeina. L'atto operativo durò, compreso il tempo per la medicazione, 23 minuti. Il feto, di sesso maschile, fu estratto in ottime condizioni e, dato a nutrice, crebbe bene per oltre un mese; poi s'ammalò e morì il 19 luglio. Al momento della nascita misurava cm. 44 in lunghezza e 2240 gr. in peso.

Il decorso post operatorio fu dei più regolari: la donna già nei primi giorni avvertì maggior libertà di movimenti agli arti, diminuzione delle abituali sofferenze, progressivo incremento delle proprie forze. Gli inconvenienti della praticata fissazione esterna del peduncolo vennero ridotti al minimo coll'uso locale ripetuto di polveri assorbenti antisettiche (acido salicilico, acido tannico e iodoformio), come anche, a distacco necrotico ultimato, colla pratica della sutura secondaria dell'infundibolo, previo raschiamento del tessuto di granulazione e cruentazione dei margini cutanei. La donna si alzò in XXIV giornata; e presto coll'aiuto delle gruccie incominciò a fare i primi passi nella camera. Fra alcuni giorni verrà licenziata dalla Clinica.

Passo ora a riferire il risultato delle indagini praticate sopra questa paziente, avanti e dopo l'atto operativo, allo scopo di portare un tenue contributo al difficile studio della genesi dell'osteomalacia. Come già dissi, tali ricerche si riferiscono: alle modificazioni di alcalescenza del sangue (venoso) — alla presenza od assenza del propeptone nelle orine — allo stato bacteriologico del sangue.

Alcalescenza del sangue. — La grande importanza biologica della reazione alcalina del sangue, intorno alle cui variazioni in condizioni

fisiologiche e morbose si sono fatte in questi ultimi tempi ricerche pazienti e numerose, dà ragione dei tentativi fin qui eseguiti per sorprendere una eventuale correlazione fra l'insorgenza, le fasi dell'osteomalacia da una parte e le variazioni nell'alcalescenza del sangue dall'altra. Pur troppo le nostre cognizioni in proposito sono fin qui scarse ed incerte: tanto incerte, che quando ci imbattiamo in un caso dove coesistano ipoalcalescenza ed osteomalacia, non sappiamo deciderci se considerare una tale coincidenza come affatto accidentale, fortuita, o se invece vi sia un nesso eziologico intimo tra l'una e l'altra manifestazione morbosa. Vediamo qui di discutere brevemente entrambe queste ipotesi.

A) La emo-ipoalcalescenza ed il rammollimento osteomalacico delle ossa, sono due fatti indipendenti, non vincolati da speciale nesso eziologico. — Secondo una tale ipotesi, l'eventuale diminuzione di alcalescenza del sangue in casi di osteomalacia, non sarebbe che la semplice espressione del profondo decadimento nella nutrizione generale, quale si osserva a periodi avanzati di tale malattia. Ciò si accorda colle vedute di Jaksch (1), di Mya e Tassinari (2) e di Peiper (3), i quali studiando le modificazioni dell'alcalescenza nei diversi stati morbosi, riconobbero come la medesima diminuisca sensibilmente in quelle malattie, nelle quali sono profondamente scaduti i processi di nutrizione; Mya e Tassinari avrebbero anzi indirettamente trovato conferma a tale principio nel fatto da loro osservato che le cifre più elevate nell'esame alcalimetrico del sangue si ottengono in forme altamente febbrili (polmonite, risipola), nelle quali havvi aumento di ricambio materiale, contrassegnato dall'accresciuta produzione di urea e di altri prodotti di metamorfosi regressiva. La diminuita alcalescenza del sangue nelle osteomalaciche sarebbe sotto questo punto di vista a considerarsi come un semplice epifenomeno della malattia a fasi inoltrate. Tale sarebbe appunto l'opinione sostenuta dal Fehling (4), il quale non trova giustificata l'importanza che da taluno si vuol concedere, come ad un fatto caratteristico,

---

(1) Jaksch. « La diagnosi clinica delle malattie interne. » Trad. Manganotti, p. 5.

(2) Mya e Tassinari. « Sulle variazioni della reazione alcalina dei sangue venoso in alcune malattie. » *Arch. per le scienze mediche,* Vol. IX, N. 20.

(3) Peiper. *Arch. f. path. Anatomie u. Physiologie,* 1889.

(4) Fehling. « Ueber Wesen u. Behandlung der puerperalen Osteomalakie. » *Arch. f. Gynäh.,* Bd. XXXIX, Hft. 2.

alla ipoalcalescenza del sangue nelle osteomalaciche, nel mentre l'istessa alterazione anche in grado più rilevante costituisce un semplice episodio nel quadro clinico di altre svariate forme morbose ed in genere di tutte le gravi cachessie. L'esame alcalimetrico praticato dal Fehling in 4 suoi casi avrebbe infatti dimostrato che la eventuale ipoalcalescenza non è punto in rapporto colla gravezza dell'osteomalacia, bensì colla alterazione nello stato generale di nutrizione della paziente; così, ad esempio in un caso, in cui una sua osteomalacica, pure essendo a fasi inoltrate della malattia, conservavasi tuttora piuttosto nutrita, grassa, l'alcalescenza era rappresentata da una cifra pressochè normale. Negli altri tre casi l'alcalescenza era bensì inferiore alla norma, ma trattavasi di donne molto denutrite, una anzi già in preda a vera cachessia.

B) L'ipoalcalescenza del sangue e l'osteomalacia sono due fatti collegati da intimo, necessario vincolo etiologico. — Qui le ipotesi ponno essere molto svariate. Anzitutto ricordiamo quella molto conosciuta, secondo la quale la *mollities ossium* è ingenerata da una dissoluzione dei sali calcari delle ossa per mezzo dell'acido lattico o di altri prodotti congeneri, capaci di portare una ipoalcalescenza. Tale ipotesi, sostenuta specialmente dall'Heitzmann, potrebbe trovare appoggio nella circostanza che già in altre malattie, in cui pure venne riscontrata diminuzione significante dell'alcalescenza del sangue venoso, come nei diabetici, nei carcinomatosi, si ammette oggidì un aumento nella produzione di materiali acidi nell'organismo, per cui nelle orine dei diabetici si rinvengono, l'acido acetacetico, crotonico, l'acetone, l'acido β ossibutirrico, ed in quella dei carcinomatosi pure l'acetone e l'acido acetacetico (1).

Obbiezioni serie però vennero e vengono mosse ad una tale ipotesi sulla genesi dell'osteomalacia. Intanto gli esperimenti di Heiss dimostrarono come dosi enormi quotidiane di acido lattico somministrate per molti giorni ad animali non valessero mai a produrre nulla neppure di simile all'osteomalacia. Per di più, come osserva giustamente il Fehling (2), è strano che proprio unicamente in casi di osteomalacia debba verificarsi il rammollimento dell'ossatura come effetto della minorata alcalescenza del sangue, mentre nulla di questo si osserva in

(1) Mya e Tassinari. Loco cit., p. 395.
(2) Fehling. Loco cit., p. 15.

altri casi clinici, in cui pure venne riscontrata una sensibile ipoalcalescenza.

Nello stesso ordine di idee riesce molto più convincente un' altra ipotesi, secondo la quale il momento dissolvente delle ossa nell' osteomalacia andrebbe cercato nell'accumulo nelle stesse di CO^2. Senza necessità di ammettere con Rindfleisch una stasi sanguigna primitiva nelle ossa, che dia origine all' accennato accumulo di CO^2, noi sappiamo che, a dar ragione di quest'ultimo fenomeno può bastare la stessa scemata alcalinità del sangue. Sono infatti gli alcali del sangue che fissano l'CO^2, e lo esportano dai tessuti, che senza gli alcali del sangue, resterebbero impregnati da CO^2. Una diminuzione dell'alcalescenza si accompagna a diminuzione in esso di CO^2; anzi fu appunto in base a tale principio che venne ideato uno dei migliori metodi indiretti di valutazione quantitativa dell'alcalescenza del sangue, mediante cioè la misurazione volumetrica del CO^2. Perciò se alla diminuita alcalescenza del sangue non si accompagna per caso una minore produzione di CO^2 nei tessuti, questi ne restano di necessità saturati; donde può conseguire una diminuita solidità delle ossa per trasformazione dei carbonati in bicarbonati solubili, dei fosfati basici in fosfati acidi pure solubili, epperciò eliminabili per la via del rene e degli altri emuntori.

Finalmente la ipoalcalescenza del sangue nelle donne osteomalaciche, qualunque sia la sua origine, merita di essere studiata in correlazione alla ipotesi da alcuni sostenuta che l'osteomalacia sia un' affezione da causa bacterica. Riserbandoci di riferire più avanti i risultati delle scarse e non concludenti ricerche su questo indirizzo, mi limito qui a ricordare come tra le condizioni, che possono modificare la *recettività* e la *refrattarietà* del sangue per microrganismi debba essere appunto annoverato il diverso grado di alcalescenza del medesimo. Pare, secondo quanto venne anche affermato dal prof. De-Renzi al 3.° Congresso della Società italiana di medicina interna in Roma, che dagli alcalini venga esagerato il potere distruttore, che spiega il sangue sui bacteri; il De-Renzi ha ricordato le sperienze di Fodor, secondo le quali i conigli, anche dopo aver già contratto l'infezione carbonchiosa, possono coll'alcalinizzazione del sangue essere salvati dalla morte (1). Merita pure di essere men-

(1) De-Renzi. « Sulla patologia del sangue. » *Riforma medica*, 1890, N. 256.

zionato il fatto che i ratti bianchi sono refrattari all'infezione carbonchiosa e ciò perchè, secondo le ricerche di Behring « .... il sangue ed i tessuti dei ratti posseggono un alto grado di *alcalinità* e rendono perciò impossibile lo sviluppo dei bacteri.... una alimentazione esclusiva con vegetali e la somministrazione di fosfato acido di calcio, mezzi, che producono una sufficiente quantità di acido nell'organismo, fanno perdere a questi animali la caratteristica loro refrattarietà contro la virulenza del bacillo carbonchioso (1). »

Ciò si accorda colle convinzioni, che valenti bacteriologi professano circa il modo, onde l'organismo animale sa opporre una certa resistenza alla penetrazione ed all'aumento dei bacteri. Ed in realtà meglio che l'ingegnosa, ma astratta ipotesi di una resistenza, di una lotta contro i microorganismi per parte delle cellule del nostro organismo (teoria fagocitaria del Metschnikoff), soddisfa ai suddetti bacteriologi il principio che la resistenza opposta dall'organismo dell'uomo o degli animali contro i bacteri, più che di natura cellulare, debba essere di natura chimica e specialmente rappresentata dalla alcalinità del sangue e dei tessuti. Se quest'ultima proprietà in un dato organismo è già piuttosto scarsa, può anche più facilmente essere minorata dai prodotti di ricambio dei bacteri, che sono spesse volte di natura acida, come succede, ad esempio, pei bacilli del carbonchio virulenti, non attenuati (Behring); e per tal modo, come scrive il Fraenkel, « noi possiamo ritenere che sono principalmente processi chimici quelli, che qui hanno luogo, che sono di natura chimica quelli, che l'organismo oppone alla penetrazione dei microorganismi (2). »

Tutte queste considerazioni ci inducono a dare notevole importanza alle ricerche intorno alle variazioni del grado di alcalescenza del sangue nelle osteomalaciche, qualunque sia il significato che vogliamo concedere alle medesime. Le poche indagini nel mio caso vennero condotte col metodo proposto da Mya e Tassinari (3) che offre il sommo vantaggio di potersi applicare a quantità tenuissime di sangue, la cui sot-

---

(1) C. Fraenkel. « Manuale di bacteriologia. » Trad. sulla terza ediz. tedesca per F. Sanfelice. Torino 1891, p. 118 e 122.

(2) Fraenkel. Opera citata, pag. 120.

(3) Mya-Tassinari. Opera citata.

trazione non può pregiudicare menomamente le condizioni del paziente; il che, nel mio caso, non era certamente senza importanza. Un tal metodo è una modificazione di quello di Zuntz ed è basato sulla valutazione diretta del grado di alcalinità a mezzo di soluzioni acide titolate. Per saggiare la reazione mi servii di sensibilissime carte di tornasole, preparate nel laboratorio d'igiene del Municipio di Torino. Coll'egregio collega prof. Rota, direttore del laboratorio di chimica nell'Istituto tecnico di Novara, ho tentato prima qualche prova con sangue fresco di conigli per applicare al saggio della reazione la *fenolftaleina*. Senonchè la colorazione rossa del sangue, per quanto attenuata colla diluzione del medesimo con molta soluzione neutra di solfato di magnesia, non permise di addottare l'accennato indicatore della reazione, che diversamente avrebbe reso ottimo servizio. Per la particolare descrizione del processo alcalimetrico Mya-Tassinari io rimando il lettore alla Memoria originale più volte citata. Mi limiterò qui ad accennare che i gravi inconvenienti, che oppongono difficoltà rilevanti alla determinazione *quantitativa* dell'alcalescenza del sangue e cioè la pronta coagulabilità del medesimo, la sua intensa colorazione rossa, il suo contenuto morfologico, e la instabilità del grado di alcalescenza, vengono di molto minorati, facendo cadere direttamente il sangue tolto per salasso dal braccio della paziente in un recipiente sottostante graduato, contenente una nota quantità di soluzione neutra di solfato di magnesia ed immerso nel ghiaccio. Il dosaggio viene praticato, il più rapidamente possibile, con una soluzione titolata di acido ossalico, che si fa cadere a goccie nella miscela da una buretta esattamente graduata (nel mio caso era una buretta Geissler, acquistata presso lo Zambelli di Torino).

L'equivalente della reazione alcalina, spiegata dalle sostanze suscettibili di dare tale reazione, per 1000 c. c. del sangue analizzato, equivalente espresso in grammi di soda caustica, viene valutato mediante la formola

$$\frac{b.\,1000}{A}\ 0.040$$

ossia più semplicemente

$$\frac{b \times 40}{A}$$

dove *b* rappresenta la quantità di soluzione ossalica adoperata ed *A* la quantità di sangue preso in esame.

Gli esami da me istituiti furono tre: uno 5 giorni avanti l'operazione cesarea (2 giugno) e gli altri due dopo la stessa e più precisamente a distanza di 28 giorni il secondo, e di 49 giorni il terzo.

Le cifre ottenute furono le seguenti:

	Quantità di sangue esaminato	Alcalinità
1.° esame (avanti l'operazione)	gr. 25	3.04 Na HO
2.° esame (dopo l'operazione)	» 20	2.20 »
3.° esame (dopo l'operazione)	» 20	3.20 »

Ricordando come la cifra media dell'equivalente alcalino per l'uomo normale sia stata valutata da Mya e Tassinari a 4 gr. di soda per 1000 c. c. di sangue, noi potremmo inferirne che *anche nel nostro caso di osteomalacia l' alcalescenza del sangue era molto al disotto della media normale.*

Conviene però notare che non si ha accordo tra i biologi sul grado normale dell'alcalescenza del sangue in persona adulta e sana. La cifra del Mya, 4 gr. Na HO p. 1000 c. c. di sangue, figura tra le elevate: il Jaksch stabilisce l'alcalinità normale tra i limiti 2. 6 — 3 gr. Così pure il Fehling nelle sue ricerche considera come limiti normali le cifre 2. 7 — 3. 6. È ovvio il riconoscere che, ove noi accettassimo queste ultime cifre come normali, dovremmo escludere nel nostro caso, salvo in occasione del 2.° esame, una diminuzione dell'alcalescenza del sangue.

Merita ad ogni modo di essere segnalato anche il fatto della *brusca diminuzione dell'alcalescenza poco tempo dopo l'atto operativo, in epoca, in cui le sofferenze osteomalaciche erano già molto attenuate.* Sarebbe intempestivo il voler trarre da quest'unico fatto una qualsiasi illazione.

Indagini uroscopiche. — È noto come dall'esame delle urine di donne osteomalaciche si sia da molti sperato di poter trarre importanti criteri sulla genesi e sull'indole di tale processo morboso. Le precipue ricerche su questo indirizzo riguardano:

La proporzione di acido fosforico e di calce nelle urine, — l'eventuale presenza di acido lattico nelle stesse, — quella del propeptone od emialbuminosi.

Io mi sono limitato nel mio caso a quest'ultimo ordine di ricerche. Per ciò che riguarda gli altri due, parmi opportuno semplicemente accennare che la presenza di acido lattico nelle urine di osteomalaciche venne anche di recente infruttuosamente cercata da Heuss (1), tantochè il Fehling ne omise di proposito la ricerca in occasione dei suoi esami uroscopici nelle osteomalaciche. Quanto all'eccesso di fosfati e di carbonati di calce, il cui reperto positivo darebbe ragione di molti fatti, come ad esempio, della relativa frequenza, accennata anche da Inverardi nel suo lavoro (2), di calcoli vescicali e renali nelle osteomalaciche, non esistono finora risultati concordanti. Ottennero risultato negativo le citate indagini di Fehling, che hanno il pregio di essere state condotte in modo comparativo in due casi di donne gravemente osteomalaciche ed altre due di donne esenti di tale malattia; *la quotidiana eliminazione di calce e di acido fosforico si sarebbe rivelata in proporzioni più scarse nelle osteomalaciche, che non in normali.* Dai risultati ottenuti da Fehling si può trarre infatti il seguente specchietto, che dimostra il confronto tra le medie sulla quantità quotidiana eliminata di calce (Ca O) e di anidride fosforica ($P.^2 O.^5$):

	Osteomalaciche	Non osteomalaciche	Differenza
Calce (Ca O)	0.094	0.273	0.179
Anidride fosforica ($P.^2 O.^5$)	1.220	1.694	0.474

Per spiegare le apparenti contraddizioni tra le analisi fin qui istituite non resta che supporre che *la eliminazione di calce e di acido fosforico superi la media normale nelle prime fasi della malattia, poi si faccia inferiore al normale, quando la paziente a fasi inoltrate dell'osteomalacia sia già in preda a grave deperimento.*

Come dissi, io mi sono limitato nel mio caso alla ricerca nelle orine del propeptone, come sostanza, il cui reperto venne ammesso da taluni come caratteristico dell'osteomalacia. Già ebbi occasione in altra mia pubblicazione di accennare al dissenso, che esiste intorno al valore diagnostico della propeptonuria in caso di osteomalacia: ricordai allora le

(1) Heuss. Inaugural Dissertation, Bern 1889. In Fehling, opera citata, pag. 13.

(2) Inverardi. Loco citato, p. 649.

opinioni del Primavera che vi annette grandissima importanza, e di Jaksch, che contesta alla albumosuria ogni qualsiasi valore diagnostico. Lo Jaksch nella seconda edizione del suo manuale di diagnostica clinica cita tre casi di osteomalacia, in cui non potè riscontrare traccia di propeptone nelle orine. Eppure fino dal 1848 Bence-Jones trovava questa sostanza nelle orine di un osteomalacico, come Virchow ne riscontrava la presenza nelle ossa osteomalaciche. Io feci nove esami nel mio caso, 4 avanti e 5 dopo l'atto operativo, esami, che vennero ogni volta praticati su orine appena estratte mediante catetere. Venne sempre usata sia la reazione generica per le sostanze albuminoidi dell'acido acetico e del ferro ciannuro di potassio, sia la reazione speciale e ben nota col cloruro sodico ed acido acetico (1). *In tutti gli esami, praticati sia avanti che dopo l'atto operativo, non mi fu dato mai di rinvenire traccia di propeptone.* Risultato questo, che analogo a quelli di Jaksch, ci fa dubitare che anche sotto il riguardo della albumosuria, la contradizione nei reperti uroscopici possa dipendere unicamente dalle diverse fasi, a cui era giunta l'osteomalacia, all'epoca in cui venne impreso l'esame delle orine.

Indagini bacteriologiche sul sangue di donne osteomalaciche. — « Non è a sorprendersi, scrive il Fehling (2), che ai nostri giorni si sia propensi ad attribuire il rammollimento osteomalacico delle ossa ad attività di bacteri. » La scarsa letteratura nell'argomento trovasi riassunta e commentata nei seguenti termini nel pregevole lavoro dell'ostetrico di Basilea: « Com' è noto, fu Zürn il primo, che attese alla ricerca di microrganismi in casi di un rammollimento osseo abbastanza analogo all'osteomalacico nel bestiame bovino. In epoca più recente fu specialmente il Kehrer, che si è fatto patrocinatore di un tale concetto. Io stesso ho per molto tempo coltivato consimili idee, a favore delle quali sembra parli in modo specialmente favorevole il carattere endemico della malattia. E realmente non ripugna l'ammettere, che in grembo alle acque od al terreno, analogamente a quanto venne dimostrato come verosimile per il gozzo da Kocker, possano esistere bacteri, sotto la cui

---

(1) Veggasi, ad esempio, il JAKSCH. « La diagnosi clinica delle malattie interne. » Prima trad. ital. per Manganotti, p. 260.

(2) FEHLING. Loco cit., p. 14.

influenza per una produzione di acidi, specialmente nel corso di gravidanza vengano rese solubili le sostanze anorganiche delle ossa. D'altra parte però male si accorda una tale dottrina coi risultati dell' operazione Porro e specialmente della castrazione. Come potrebbe infatti la semplice ablazione degli annessi uterini essere in grado di annullare in modo così repentino la attività di questi bacteri acidificanti, la cui sede dovrebbe essere ammessa in grembo all'ossatura? » Aggiungeremo ancora di volo come allo studio di questo argomento sieno legati dal lato storico i nomi di Winckel, che già nel 1882 mise in campo l'idea della natura infettiva dell' osteomalacia (1), e di Klebs, citato anche dal Gallia (2). Il Fehling ha potuto in uno dei suoi nove casi di castrazione raccogliere il sangue durante l'operazione direttamente dai vasi tagliati: l'esame batteriologico, praticato dal dott. Hägler, riescì negativo. E negativa fu pure la ricerca batteriologica istituita sopra diverse ovaie, appena estirpate. L'A. ad ogni modo ritiene troppo insufficienti le ricerche fin qui praticate, e raccomanda nuovi studi su tale indirizzo.

A dir vero, un eventuale reperto positivo, che faccia considerare l'osteomalacia come un' affezione prodotta da bacteri di un valore specifico, non sarebbe così in disaccordo coi risultati positivi, che ci dà la castrazione, quando sugli effetti della medesima sull'organismo muliebre e specialmente in quello della osteomalacica venissero accettate le idee, ch' ebbi occasione di svolgere e sostenere nello scorso anno. Se, colla ipotesi di Fehling, noi consideriamo l'osteomalacia come una trofoneurosi, di origine riflessa ovarica e vogliamo attribuire gli effetti benefici della castrazione alla semplice cessazione dell'eccitazione riflessa dei nervi vasodilatatori, oppure della paresi, pure riflessa, dei nervi vaso costrittori, dobbiamo certamente ammettere una strana dissonanza fra un' origine batterica dell' osteomalacia e gli effetti utili della rimozione delle ovaie. Se invece, come parrebbe risultare dalle ricerche positive di Glaevecke (3), si ammette che in taluni casi alla soppressione della vita sessuale tengano dietro importanti modificazioni, spesso favorevoli, nel ricambio sostanziale in tutto l'organismo muliebre, si può

---

(1) Winckel. « Klinische Beobactungen zur Dystokie durch Beckenenge. » Leipzig, 1882.

(2) Klebs. « Die Krankhaften Störungen. » Jena, 1888. In: Gallia. Op. cit., p. 356.

(3) Glaevecke. « Körperliche u. geistige Veränderungen in Weibliche Körper nach Künstlichem Verluste der Ovarien ecc. » *Archiv. f. Gynäk.* Bd. XXXV. Hft. 1, p. 1.

meglio spiegare il miglioramento delle osteomalaciche in seguito alla castrazione, quando pure l'osteomalacia fosse il portato di bacteri osteolitici. Rinforzare un organismo, aumentare le sue *resistenze naturali*, vuol dire rendere meno adatto il terreno allo sviluppo dei microrganismi, allo svolgimento della loro attività deleteria, quando pure i medesimi vi abbiano preso già stanza.

In altre parole le modificazioni riflesse, provocate dalla brusca soppressione chirurgica della vita sessuale, non dovrebbero ritenersi unicamente rappresentate, come pensano Fehling e Baumann, da fenomeni di modificata innervazione vasale, per quanto i medesimi possano forse avere importanza nello spiegare le prime e prontissime fasi di miglioramento delle operate. A questa immediata conseguenza verrebbe ad aggiungersi in questi casi un'altra serie di fenomeni nel campo poco conosciuto del trofismo generale: come lo dimostrano le operate prese a studio da Glaevecke, seguirebbe alla castrazione in taluni casi un aumento di peso, un miglioramento progressivo nello stato di nutrizione, e con esso necessariamente una maggiore resistenza per parte dell'economia allo sviluppo di forme parassitarie. Anzi, come già accennai a pag. 616, il modificato ricambio organico può porre l'organismo animale in condizioni materiali tali, per cui esso più non forma un substrato favorevole allo sviluppo dei germi viventi di alcune malattie infettive. Nulla ripugna a credere che lo stesso si verifichi per effetto della castrazione in un organismo in preda all'infezione osteomalacica, seppure si potrà un giorno dimostrare che l'osteomalacia sia realmente prodotta da causa bacterica.

Ma lasciando queste astrazioni, passiamo a descrivere quanto ci venne dato trovare in questo primo nostro tentativo di indagini bacteriologiche sul sangue di donne osteomalaciche. Nelle medesime mi fu competente compagno l'egregio collega dott. Alfredo Conti, già allievo della Scuola d'Igiene a Roma, ed attualmente Direttore del Laboratorio municipale di Igiene a Novara. La insufficienza, l'indeterminatezza dei risultati ottenuti ci avrebbero distolto, per ora, dal farne argomento di pubblicazione, se non ci avesse spinti alla stessa la riflessione, che in un tema tanto oscuro e tanto povero di moderne ricerche ogni minimo risultato acquista un certo valore ed incoraggia altri a nuove e meglio auspicate ricerche.

L'esame bacteriologico del sangue nella osteomalacica della Clinica

novarese venne istituito quattro volte, due prima e due dopo l'atto operativo, nei giorni 25 maggio, 2 giugno, 5 luglio e 26 luglio. Nella prima ricerca il sangue venne tolto mediante piccole, ma piuttosto profonde incisioni, praticate alle dita della mano, lateralmente all'unghia: le successive ricerche furono istituite su sangue tolto per salasso alla vena mediana cefalica.

Esperienza I. — Previa la necessaria disinfezione della cute con soluzione forte di sublimato corrosivo, e successiva lavatura con alcool poi con etere, con una lancetta sterilizzata vengono praticate volta a volta brevi incisioni alle dita della mano e con pipette sterilizzate in stufa a secco e mantenute fino all'ultimo istante nello stesso astuccio metallico, entro cui subirono la sterilizzazione, si sono assorbite le goccie di sangue e fatte colture a piatto (in capsule Petri) in agar ed in gelatina. Alcune di queste colture vengono coperte con lastre sterilizzate di mica per osservare l'eventuale sviluppo di anaerobi. La gelatina venne tenuta a temperatura dell'ambiente da 18° a 20° e l'agar al termostato a 37.°

In queste colture, il giorno seguente in agar, più tardi (dopo 5 giorni) in gelatina, apparvero numerose colonie, che spiccavano per un colore violaceo molto pallido; molto più pallido di quello proprio alla caratteristica sostanza colorante violetta, che è prodotta dal noto *bacillus violaceus* delle acque dei fiumi. Sull'agar, arrivate alla superficie del terreno di nutrizione si estendevano pochissimo in superficie, si sollevavano invece abbastanza spiccatamente in altezza. In gelatina, arrivate alla superficie si presentavano come bottoncini della grandezza di un grano di miglio; poi producevano una liquefazione della gelatina circostante. Dopo pochi giorni il centro della colonia andava chiarificandosi, mentre ai margini della liquefazione, molto irregolari, osservavasi una striscia sottile, dello stesso colore violaceo molto pallido, analogo a quello che prima riscontravasi nella colonia riunita; questa striscia sembrava cingere come anello la parte fluidificata della gelatina divenuta trasparente.

Fatti innesti per infissione nella gelatina, la liquefazione cominciava già al secondo giorno sotto forma di imbuto e solo più tardi essa si estendeva in profondità a tutta quella parte di gelatina, a cui era arrivata l'infissione. Sui nuovi ed interessanti fenomeni, che si presentarono nel periodo di liquefazione a norma della temperatura, alla quale erano tenute le provette di gelatina, è di imminente pubblicazione uno speciale lavoro del dott. Alfredo Conti.

Nelle colture per strisciamento in agar la colonia presentava di caratteristico soltanto il colore solito (violaceo pallido); la colonia si sviluppava solamente attorno alla linea di strisciamento, senza molto diffondersi sulla superficie dell'agar.

Sulle patate si aveva dapprima uno spesso strato mucoso biancastro, quindi la formazione di una pellicola biancastra, che poi andava facendosi alquanto bruna e si presentava pieghettata in varii sensi, sì da dare una disposizione ad elegante reticolo.

Esaminata al microscopio, questa colonia si presentava costituita da cocchi, riuniti a gruppi, colla apparenza di stafilicocchi. Si coloravano benissimo colle comuni soluzioni dei colori basici di anilina e rimanevano colorati col metodo di Gram. L'esame diretto del sangue presentava di speciale una rilevante proporzione di leucociti, e la esistenza di qualche corpuscolo rotondo, isolato, che si colorava benissimo colle soluzioni dei colori di anilina e che per le dimensioni, per l'uniformità di aspetto ci dava tutta la parvenza dei cocchi, senza però che si avessero dati precisi per distinguerli dalle granulazioni, che si osservano nel sangue, raccolto fuori dall'organismo, come prodotto di dissoluzione de' suoi elementi normali. Solo notiamo che anche qui il metodo Gram lasciava persistere la colorazione di tali granulazioni.

Esperienza II. — Qui il sangue venne tolto, come già dissi, per salasso, in occasione in cui questo veniva praticato per l'esame dell'alcalescenza del sangue. Inutile dire che furono prese le maggiori possibili precauzioni per evitare qualsiasi inquinazione dall'esterno. Raccolto il sangue in una provetta sterilizzata, da questa vennero fatte colture a piatto in agar, in gelatina, talune ricoperte con piastre di mica. Anche qui abbiamo osservato le colonie con caratteri identici a quelli descritti nell'esperimento antecedente; colonie, che si comportavano analogamente tanto nelle infissioni, come negli strisciamenti e nelle colture in patate; soltanto il numero delle stesse era assai più scarso (circa 5-6 per ogni camera Petri). Anche l'esame microscopico era perfettamente identico.

Esperienze sul sangue di tre donne osteomalaciche a Milano. — Confortati da questa seconda prova, abbiamo dato opera per ricercare nuovo materiale di osservazione a Milano, poichè, per ragioni già sopra accennate, per quante ricerche si sieno fatte, non ci venne dato di trovare nel Novarese alcun caso tipico di osteomalacia. Le pazienti, prese in osservazione a Milano, in numero di tre, rappresentavano tutte casi di

osteomalacia puerperale. Ecco alcuni brevi cenni anamnestici sulle medesime:

Caso I. — Ch. Luigia, d'anni 40; fu accolta nella Maternità di Milano nell'anno 1889 e quivi operata di provocazione di parto al principio del 9.º mese e di forcipe allo stretto superiore. Attualmente la donna è assai migliorata nelle sue condizioni di salute.

Caso II. — Ces. Maria, d'anni 30; ricoverò già tre volte nella Maternità di Milano negli anni 1883, 1886, 1888; fu operata la prima volta di forcipe allo stretto superiore, la seconda di craniotomia e cranioclastia, la terza di rivolgimento. Anche questa donna nei tre anni successivi all'ultimo parto migliorò assai, talchè ora può attendere senza rilevanti disturbi alle proprie faccende domestiche.

Caso III. — Tar. Giulia, d'anni 32; venne operata nel corr. anno nella Clinica Ostetrica di Milano di provocazione di parto ad epoca precoce e di forcipe allo stretto superiore. Il processo osteomalacico, già lieve, in questo caso si può dire attualmente quasi spento.

In nessuna di queste tre donne, nelle quali il sangue venne tolto mediante incisioni alle dita della mano, si ebbe la fortuna di trovare colonie analoghe alle antecedenti: e solo in un caso si ebbero colonie da accidentale inquinazione.

Esperienza III (sulla osteomalacica della clinica novarese). — Questa terza prova venne istituita allorquando le condizioni della donna, in seguito all'intervento chirurgico, si erano notevolmente migliorate. Nel sangue tolto per salasso, abbiamo riscontrato le istesse, identiche colonie, trovate nell'istessa ammalata nei due sperimenti precedenti. Il numero delle medesime era pressapoco uguale a quello del secondo esperimento.

Facciamo notare che, nel dubbio che queste colonie, non ostante le scrupolose precauzioni prese, potessero originare da inquinazioni per via dell'ambiente esterno, abbiamo fatto un esperimento di prova coll'aria dell'istessa camera, in cui gli esperimenti erano stati ogni volta istituiti, usando apparecchi sterilizzati nell'identico modo e lasciando le camere Petri per parecchi minuti esposte all'aria dell'ambiente stesso. Abbiamo preferito questo metodo di esame ai metodi più perfezionati per la ricerca dei microrganismi dell'aria appunto per avvicinarci il più

possibile alle condizioni, per cui si sarebbe potuto avere eventuale inquinazione negli sperimenti sul sangue. In nessuna delle camere Petri si ebbe sviluppo delle colonie caratteristiche.

Seguendo l'istesso metodo usato per l'osteomalacica, abbiamo altresì ripetuto analoghe ricerche in due gestanti sane, a cui il sangue venne tolto per mezzo di incisione del polpastrello delle dita. Risultato negativo.

Esperienza IV. — Sulle piastre ebbimo ancora colonie simili a quelle che furono oggetto delle precedenti descrizioni e le ottennemmo in coltura pura in due piastre su tre; una di queste presentava un'altra colonia di inquinazione ed una muffa. Il numero delle colonie fu ancora più scarso, che nelle esperienze antecedenti: e più precisamente si ebbero 3 colonie in due piastre e 2 in una. Le colonie trasportate su gelatina, agar e patate si mostrarono perfettamente uguali a quelle già descritte. Uguale pure fu la serie dei fenomeni nel periodo di liquefazione della gelatina, che verranno illustrati dal dott. Conti.

Finora sono mancati a noi tempo ed opportunità di istituire esperimenti di inoculazione sugli animali. I campioni di coltura pura si conservano nei laboratorii della Clinica Ostetrica e del Municipio di Novara.

Abbiamo esposto così nudamente i fatti come ci si presentarono con nessuna pretesa, come già dicemmo, di risolvere la oscura questione della natura bacterica dell'osteomalacia. Delle condizioni, a cui deve soddisfare un fattore *specifico* di una manifestazione patologica, noi realmente in modo assoluto non ne abbiamo riscontrata alcuna:

non la costanza del reperto in tutti i casi di osteomalacia (tenuto conto però che i casi di Milano non rappresentavano che forme spente o quasi spente di osteomalacia);

non l'esclusività del reperto nella sola osteomalacia, non avendo noi avuto opportunità di estendere le prove di confronto se non ad altri soli due casi di gravidanza in donne sane.

Parimenti non abbiamo potuto osservare il modo di distribuzione interno di questi microorganismi, nei vari tessuti e specialmente in grembo all'ossatura per riconoscere se la loro presenza potesse bastare alla spiegazione di tutti i fenomeni patologici; il risultato favorevole dell'atto operatorio ci tolse infatti l'opportunità di un reperto anatomo patologico.

Non abbiamo infine ancora tentata la prova dell'inoculazione, come

quella che, nella migliore delle ipotesi, potrà esigere per parte nostra un nuovo e forse lungo periodo di ricerche, specialmente dal punto di vista di trovare un' animale suscettibile di tale malattia.

Noi ci accontentiamo qui di esporre, *a titolo di semplice notizia preventiva,* il fatto costante osservato in quella fra le osteomalaciche esaminate, che versava in condizioni più gravi; e rinnoviamo l' augurio che ricerche ulteriori per parte nostra, se le circostanze ci vorranno essere propizie o per parte di coloro, che possono trovarsi in opportunità di avere un numero maggiore di casi e mezzi più estesi di ricerca, abbiano presto a confermare od escludere il valore di questi primi nostri risultati.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal prof. L. Mangiagalli.

Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore
con grave emorragia
CAUSATA DAL COITO

NOTA CLINICA

DEL
Dott. ROMOLO POLACCO
ASSISTENTE.

Tra le cause di emorragia vaginale, alle quali si accenna comunemente, la rottura della vagina, come conseguenza di coito violento, si trova raramente indicata. Un caso, che ebbi recentemente l'opportunità di osservare, mi spinse a raccogliere molti casi simili sparsi nella letteratura ginecologica, limitandomi nelle mie ricerche alle lacerazioni delle pareti o dei fornici vaginali, per non dare a questa breve nota, a proposito di una sola osservazione clinica, confini troppo estesi che mi avrebbero trascinato nel campo più vasto delle lacerazioni dei genitali muliebri dipendenti dal coito.

Ecco innanzitutto la storia clinica:

A. V. di 39 anni, vedova, di professione corista, entra nel Comparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il giorno 5 marzo 1891, in preda a grave anemia acuta da notevole emorragia dalla vagina che perdura anche al momento dell'ingresso. Viene inscritta al N. 182 ed occupa il letto N. 45. Si procede rapidamente a raccogliere qualche dato anamnestico dal quale nulla risulta di specialmente importante riguardo al gentilizio. Notevole è invece la storia sessuale della

donna, la quale, menstruata per la prima volta a 14 anni, ebbe sempre menstruazioni irregolari per ricorrenza e scarse per quantità, ebbe *undici* gravidanze con parti spontanei, a termine, e *puerperi fisiologici*, l'ultimo parto venti mesi addietro.

Per ciò che riguarda l'anamnesi prossima, la paziente asserisce in sulle prime che l'emorragia cominciò in modo spontaneo e violento nella sera precedente e continuò nella notte come continua al momento attuale.

L'esame generale non rivela nulla di notevole, ove tolgasi l'anemia di grado assai profondo e la minaccia persistente di deliquio.

Il prof. Mangiagalli pratica il riscontro vaginale dopo di avere con una irrigazione al sublimato sbarazzata la vagina dei coaguli sanguigni che la riempivano e nota subito alla parte superiore della parete posteriore della vagina una grave lacerazione « come se si fosse cercato di staccare il collo uterino dalla sua inserzione al fornice posteriore, con un trauma violento. » Collo speculum si vede che la volta vaginale posteriore presenta una lacerazione, la quale, misurando 5 cent. in larghezza, due in senso antero-posteriore rassomiglia ad una incisione che si fosse fatta con un bistorì nell'intento di separare il collo dalla volta vaginale. Divaricati il margine anteriore da quello posteriore, la lesione di continuo delimita uno spazio romboidale alquanto più grande della superficie di un doppio soldo; la lesione si estende fino ai fornici laterali e il peritoneo dello spazio del Douglas fa ernia traverso la ferita. Un piccolo ramo arterioso, alquanto a sinistra della linea mediana sul labbro posteriore inferiore della ferita, continua a dar sangue. Previa accurata disinfezione, si riduce il peritoneo e si chiude la breccia mediante cinque punti di sutura con seta, previa legatura del vaso sanguigno, applicando poi un tamponamento vaginale con garza iodoformica.

L'andamento fu ottimo e, cinque giorni dopo, tolti i punti di sutura e riscontrato un perfettissimo coalito, si mandava la paziente in una sala medica perchè potesse ristorarsi dalla grave anemia della quale portava tutt'ora le traccie.

Le asserzioni della donna circa la insorgenza affatto spontanea della emorragia non avevano naturalmente appagato il prof. Mangiagalli, il quale mi invitava ad interrogarla opportunamente e minutamente, avendo presente la possibilità che fosse dovuta al coito, ed infatti seppi che la sera precedente la donna aveva avuto contatto in posizione supina e con un giovane discretamente robusto, che l'avvicinava per la prima volta e durante questo coito, che fu a quanto sembra alquanto irruento, aveva percepito un dolore vivo ed istantaneo e subito dopo era insorta forte, e ribelle ai comuni rimedii, l'emorragia, che non aveva avuto più sosta.

Così ha classificato lo Spaeth le lacerazioni che si verificano nei genitali muliebri in conseguenza del coito (« Zur Casuistik der Coitusverletzungen ») (1):

1.° Lacerazioni dell'imene (con grave emorragia) Zeiss (2) Rosanow (3)
2.° » del clitoride » » Borakowski (4)
3.° » del perineo » » Masalitinow (5)
4.° » dell'uretra (nell'atresia imenale) Jessipow (6)
5.° Fistola vescico-vaginale: Masalitinow (7)
6.° Rottura della vagina sopratutto nei fornici
7.° Rottura del setto di una vagina duplice e coito praticato nella seconda vagina mantenendone integro l'imene (Frank) (8).

Il caso da me osservato apparterrebbe dunque alla 6.ª delle indicate categorie.

Nel « Dictionnaire Enciclopédique des Sciences médicale » edito dal Déchambre e dal Lereboullet, all'art. « Vagin » si legge: « Eccezionalmente, i primi avvicinamenti praticati con brutalità, come nello stupro, ruppero le pareti vaginali, sopratutto il fornice posteriore determinando accidenti gravi. Sabin riporta un caso, nel quale la parete retto-vaginale fu rotta in tutta la sua lunghezza, dalla vulva alla piega del Douglas, questa compresa. »

I casi di rottura delle pareti vaginali, durante il coito, benchè rari, sono però tutt'altro che eccezionali, perchè io stesso che ho voluto limitare le mie ricerche bibliografiche a quelli in cui la causa è certamente il coito, ne ho raccolto parecchi la cui numerazione faccio seguire a queste note. Ho la certezza inoltre che non tutti i casi furono pubblicati, perchè in occasione dell'esame della donna, della quale io pubblico la storia clinica, il prof. Mangiagalli mi accennava ad uno di

---

(1) *Zeitschrift für Geburshülfe und Gynäkologie,* XIX, Bd. XIX, Stuttgart 1890.
(2) Zeiss. *Centralbl. f. Gyn.,* 1885, N. 8.
(3) Rosanow. *Medicin. Rundschau,* 1886, N. 10.
(4) Barakowski. *Wratsch,* 1886, N. 46, (Ref. im « Frauenarzt » 1887).
(5) Masalitinow. Ref. *Centralbl. f. Gyn.,* 1885, N. 29.
(6) Jessipow. *Medicin. Rundschau,* 1886, N. 1.
(7) L. c.
(8) L. c.

rottura del fornice posteriore per coito « more quadrupedum » da lui constatato e che non venne pubblicato.

In ordine di tempo il primo caso del quale potei io stesso esaminare la bibliografia, è quello di Albert che riguarda un arabo di età fra 15-16 anni, il quale, deflorando la sua sposa di 12 anni, le perforava la vagina ed il peritoneo, uccidendola (1).

Mundé (2) osservò due casi di pericolosa emorragia da lacerazione della vagina durante il primo coito. In ambedue l'emorragia fu frenata mediante tamponi di allume. Non è però indicato in quale posizione fu praticato il coito.

Chadwick (3) narra di una donna quarantenne, la quale, praticando il coito dopo una astinenza di 4 mesi, riportò rottura della vagina. Secondo l'A. in questo caso la rottura era dovuta all' atrofia senile della vagina.

Thompson (4) cita un caso di rottura avvenuta nel secondo coito collo stesso uomo, l'emorragia fu frenata col tamponamento al percloruro di ferro.

Zeiss (5) cita un caso di rottura della vagina nel fornice posteriore per coito *more quadrupedum* praticato sei settimane dopo il parto. La lacerazione si estendeva per 4 cent. e fu curata col tamponamento alla garza iodoformica.

Masalitinow (6) ne riferisce due casi: nel primo la rottura della vagina estendendosi per un centimetro e mezzo su questa, interessava per mezzo centimetro la parete intestinale, nel secondo caso si ebbe dopo il primo contatto sessuale grave emorragia e poi, dopo tre giorni imponenti disturbi vescicali. All'esame vaginale in corrispondenza dell'ostio uterino ed anteriormente esisteva una fistola vescico-vaginale grande quanto una moneta da un marco!

---

(1) ALBERT. « Mem. de méd. et de chir. milit. » Février 1870, pag. 142.

(2) « Two cases of dangerous haemorrhage from rupture of the vagina during first coitus. » *Boston med. and surg. Journal*, 14 mai, 1885.

(3) « Rupture of the vagina during coitus. » Ibid, 30 april.

(4) « Rupture du vagin pendant le coit. » *Med. News*, 19 dec. 1885. Ref. in *Arch. de Tocol.*, 15 février, 1886.

(5) « Ruptur des Sheidengewölbes durch Coitus. » *Centr. bl. f. Gyn.*, N. 8.

(6) *Verletzungen beim Coitus Wratsch*, N. 13, 1885. Rif. in *Cent. bl. f. Gyn.*, N. 29, 1885.

Tra i casi di lacerazione della vagina riferiti dal Bartel (1) noto i seguenti :

1.º Lacerazione della vagina per 6 cent. e mezzo verso l' alto. Morte per sepsi. La donna era da 3 anni entrata nella menopausa.

2.º Lacerazione del fornice posteriore in donna da 8 anni entrata nella menopausa.

Nel 1887 l'Anderson (2) pubblica un caso di rottura del fornice posteriore seguita da violenta e grave emorragia ed il Boehm (3) uno di lacerazione trasversale del fornice sinistro, riportata da una vedova marantica di 58 anni, la quale era stata dal suo giovane padrone violentata *more quadrupedum.*

Un'altro caso è pure pubblicato dal Bartel nel *Centr. bl. f. Gyn.*, N. 48, 1888.

Oltre ai casi accennati meritano particolare attenzione, tre riferiti dallo Spaeth (l. c.) il primo per la stranezza della lesione che permetteva il coito per via naturale e per via preternaturale, gli altri due perchè la causa disponente pare si debba ricercare in un'intervento chirurgico (perineorrafia), frequentissimo ai nostri giorni.

Nel primo caso adunque si trattava di distacco della intera colonna posteriore della vagina dalla inserzione perineale con fuoruscita di gas e di feci dalla vagina : il coito venne durante sette mesi effettuato spesso dalle vie naturali, spessissimo nella falsa strada che erasi aperta poco dopo i primi contatti. Questo caso, affatto simile a quelli di Plazzonus (4), Price (5), Borakowski (6), Barton-Hirst (7) e Springfeld (8) ne differisce solo pel fatto che la lacerazione non avvenne nel primo coito, ma solo dopo che questo era già stato praticato più volte. Quanto alle cause, lo Spaeth, respingendone ogni altra che riguardi rigidezza di imene, stenosi

---

(1) Bartel. « Sechs Fälle von Verletzungen der Scheide nicht bei der Geburt. » *Wratsch,* N. 20, 21. Rif. in *Centr. bl. f. Gyn..* 1885, N. 44.

(2) « Verhandlungen der schwedischen med. Gesellschaft. » *Hygiea,* 1887, Bd. XLIX, Hft. 8, pag. 152.

(3) *Internat. Klin. Rundschau,* 1887, N. 52.

(4) Plazzonus. « De partibus generationis. » *Lugduni Batavor,* 1644, pag. 164.

(5) Price. *Obstetrical gazette,* mai, 1886.

(6) Borakowski. *Wratsch,* 1886, N. 46. Ref. im. *Frauenarzt,* 1887.

(7) Barton-Hirst. *Ref. Cent. bl. f Gynäk,* 1887, N. 1.

(8) Springfeld. *Vierteljahrscrift für gerichtliche Medicin und offentliches Sanitätswesen,* 1889. Bd. I, Heft. 2.

vulvare od altro, ammette solo che si tratti di una abnorme sottigliezza del setto vagino-rettale mentre il perineo largo e forte, l'apertura vulvare ben collocata e la normale inclinazione pelvica lasciavano pensare solo a questa causa combinata con un contatto eccessivamente violento.

Negli altri due casi riferiti dallo Spaeth si trattò di due donne operate dal prof. Prochownick di colpo perineorrafia, l'una col metodo di Simon, l'altra con quello di Schroeder. Dimessa l'una in 25.ª, l'altra in 22.ª giornata con raccomandazioni di riposo e di astensione dal coito, riportarono in questo lacerazione del fornice posteriore.

Le storie cliniche dell'Albert, del Chadwick, del Böhm potrebbero far credere che abbia grande influenza nel determinare l'accidente il poco sviluppo o l'atrofia senile dell'organo, ma questa non è certamente la causa che può entrare unicamente in gioco, perchè nei casi del Bartel, 1888, e nel mio si trattava di donne ben conformate, ed in altri, come in quello di Zeiss la vagina aveva recentemente sopportato traumi ben più gravi di quello del coito. Neppure la lunghezza ed il volume dell'organo copulatore possono essere incolpati, perchè allora la rottura dovrebbe avvenire sempre nel primo coito con un determinato uomo il che è invece smentito dai fatti accennati dal Thompson e dal Bartel.

Si tratta adunque di cause dipendenti dal modo col quale il coito fu effettuato? Neppure questo è ammissibile, perchè se le lacerazioni del fornice posteriore sembrano più frequenti, quando il coito viene praticato *more quadrupedum,* avvengono però anche nel coito praticato in posizione supina come fu nel mio caso.

L'esame dei casi accennati dimostra una grande varietà di momenti eziologici la cui associazione, violenza del coito, rigidità o brevità o atrofia della vagina è forse molte volte necessaria alla produzione dell'accidente.

Una Operazione Cesarea

seguita d'amputazione utero-ovarica (Metodo Porro)

Madre e figlio salvi

DEL

Prof. ROSARIO PUGLIATTI

Direttore della Clinica Ostetrica-Ginecologica della R. Università di Messina.

Da tempo m'incombeva il debito di pubblicare una operazione Cesarea, metodo Porro, da me eseguita in Messina a dì 26 agosto 1886. Questa operazione gentilmente fu annunziata dal chiarissimo prof. Truzzi nel suo bel lavoro statistico « Ulteriore contributo allo studio dell'operazione Porro » e nel prospetto delle operazioni Porro, eseguite in Italia dal 1.° ottobre 1884 al 31 dicembre 1888, occupa come numero d'ordine il 25.

Per la storia completa di questo caso sono costretto cominciare da un' osservazione clinica, concernente la inferma, e pubblicata nel mio lavoro « Uno sguardo rapidissimo sulla clinica ostetrica di Messina nel biennio scolastico 1882-83 e 1883-84, » pag. 121-129.

« Il 20 febbraio di quest' anno (1884) fui chiamato in via Salita degli Angeli per soccorrere una disgraziata in soprapparto da 24 ore. La levatrice aveva avvertito la importanza e gravità del caso stesso, giacchè non era riuscita ad introdurre due dita in vagina.

La partoriente, certa Giuseppa Santoro, maritata, IV para, di anni 36, donna di casa, nata a Milazzo, ma domiciliata in Messina da

otto anni, abitante casa terrena, oscura ed umida, vissuta meschinamente e con predominio di cereali, narra che da nove anni perdette i genitori, che la madre ebbe parecchie gravidanze semplici e che nei collaterali non erano esistite gravidanze composte o parti distocici. Non fu mai inferma, durante l'infanzia e giovinezza; ignora l'età in cui incominciò a camminare; divenne pubere fra i 16 o 17 anni con flusso scarso e di poca durata, nel resto, con i caratteri della normalità. Prese marito a 23 anni e fu gravida dopo un anno; la gravidanza raggiunse il termine, ed ebbe un feto vivo, maschio e in presentazione podalica; esso forte e robusto conta 12 anni. Puerperio fisiologico, allattamento per circa 16 mesi. Compiuto il periodo d'allattamento, la donna era gravida da cinque mesi e dava alla luce, dopo altri quattro, una bambina viva e sana. Durante questa seconda gestazione non risentì alcun disturbo da parte delle ossa pelviche: il puerperio fu fisiologico e l'allattamento protratto per due anni. Dopo circa tre anni si sgravò a termine e felicemente una terza volta; quest'ultimo puerperio non decorse però, come gli altri, normalmente. Nella miseria in cui la donna viveva, costretta ad alimenti scarsi ed insufficienti, in un'abitazione sotterranea e poco aerata, in mezzo a dispiaceri e percosse di un marito bevone, essa venne assalita da dolori continui alla cintura pelvica. Tali dolori, che l'inferma paragona ai reumatoidi, divennero piuttosto intensi, localizzandosi vieppiù in corrispondenza delle cavità cotiloidi e della sinfisi pubica. Le sofferenze accentuavansi nella stazione verticale, nei movimenti di estensione e flessione delle coscie sul bacino, e la deambulazione riusciva stentata, dolorosa, claudicante. Durò così la paziente, sempre peggiorando, fino a due anni indietro, epoca in cui i dolori si fecero egualmente intensi in tutte le singole parti delle ossa iliache, si estesero al sacro, alle ultime vertebre lombari e alle articolazioni scapulo-omerali, costringendo l'inferma a rimanere assisa o coricata in posizione orizontale.

Nel maggio 1883 rimase gravida per la quarta volta, e, progredendo la gestazione, aumentarono di tanto le notate sofferenze, che erale impossibile volgersi da un lato o l'altro, specialmente da due mesi, essendosi gli arti inferiori da basso in alto gonfiati fino quasi agl'inguini. Con tutto questo la gravidanza si continuò fino al termine e la donna incominciò a provare le prime doglie del parto nella mattinata del 19 febbraio 1884. Il parto fu atteso inutilmente tutta la notte consecu-

tiva, malgrado le membrane rotte spontaneamente nella sera. Alle 8 ant. del 20, persistendo lo stato primitivo, si ricorse a me, che constatai quanto segue:

Stato attuale. — La partoriente decombe sul dorso e la fisonomia accenna ad abbattimento e prostrazione di forze; stentatamente può essa volgersi or sopra un fianco or sopra l'altro, aiutandosi colle mani ad addurre le coscie per non esasperare i dolori delle ossa pelviche.

Lo stato nutritivo e costituzionale è molto scaduto: la pelle sollevasi a larghissime pieghe, quasi scomparso il pannicolo adiposo, flaccidi i muscoli, denutrite le ossa, scolorate le mucose visibili. Gli arti inferiori si osservano edematosi, di un edema passivo fino agl'inguini. Il colorito della pelle è pallido, anemico.

Non vi sono dolori pelvici spontanei; però si provocano facilmente, premendo sulle ossa del bacino e tentando di flettere le coscie sul medesimo o ruotarle esternamente. La funzione dell'articolazione scapulo-omerale riesce parimente dolorosa.

I centri nervosi e le loro dipendenze normali; la temperatura 37, 4.

Il capo armonico....; la fronte alta senza prominenza delle sue gobbe....; i zigomi non molto rilevati; gli angoli della mascella inferiore alquanto accentuati.... Le clavicole entrambe arcuate, più la destra...; sano e ben conformato lo sterno; il petto simmetrico e senza alcuna deformazione da parte delle costole....

Le funzioni degli organi respiratori e circolatori normali.... quelle del tubo gastro-enterico in istato non molto lodevole, per meteorismo e defecazioni frequenti e disciolte....

Da canto della colonna vertebrale una doppia scoliosi è degna di nota: l'una superiore, a spese delle vertebre dorsali, l'altra inferiore, comprendendo le vertebre lombari e le due prime sacrali. La superficie posteriore del sacro è molto convessa da descrivere un semicerchio.

Il ventre ha una forma irregolarmente ovoidea.... Il palpamento fa notare, che siffatta forma è dovuta all'utero retratto.... che giunge col suo fondo 30 cm. al disopra del margine superiore pubico.... Esaminando il distretto superiore per la via addominale, sentesi quasi *in toto* nella fossa iliaca destra la testa, che non riesce molto difficile condurre e fissare allo stretto medesimo. Questo poi offresi notevolmente alterato nella sua forma, che, a chiare note, è quella di un tricorno, essendosi

le branche orizzontali dei pubi, in corrispondenza dell'eminenza ileo-pettinea, ricurvate sopra se medesime e avvicinate nel contempo sulla linea mediana le loro superficie interne.... Non odonsi i rumori cardiaci del feto....

La esplorazione digito-vaginale incontra quasi difficoltà pel notevole avvicinamento delle branche ascendenti dell'ischio e discendenti del pube; sicchè l'arcata pubica è rimpiazzata da una scissura stretta e profonda. Volgendo la punta dell'indice in alto per esaminare la superficie interna della sinfisi pubica, si coglie più netto il notato avvicinamento delle branche orizzontali specialmente dei margini superiori. Esse decorrono quasi parallelamente, lasciando fra di loro uno spazio molto ristretto, ove il dito esploratore accede con molto stento.

Le tuberosità dell'ischio sono pure avvicinate e cacciate assai in dentro; le superficie intrapelviche delle cavità cotiloidi in dentro, in alto ed in avanti. Il sacro descrive una curva esagerata in modo che la sua parte media fa sporgenza indietro, costituendo una doccia alquanto stretta, data dall'avvicinamento dell'estremità inferiore di quest'osso con la superiore; questa (promontorio), infossandosi nel bacino è bene accessibile al dito esploratore.

La dilatazione dell'orificio uterino è completa; e, attraverso lo stesso, sporge il vertice con tumore siero-sanguigno....

La cedevolezza delle ossa pelviche rintracciasi in varii punti del canale.

Pelvimetria:

Diametro promonto sotto-pubico	mm.	100
Distanze sacro-cotiloidee	»	55
Diametro cocci-pubico	»	90
» di Baudelocque	»	190
» bis-iliaco	»	260
Dalla spina iliaca p. s. d. alla eminenza ileo-pettinea sinistra	»	185
Dalla spina iliaca p. s. s. all'eminenza ileo-pettinea destra .	»	190
Diametro bi-trocanterico	»	250
» bis-ischiatico	»	70
Altezza laterale del bacino	»	200
Circonferenza di Kilian	»	750

La diagnosi di pelvi gravemente deformata ed alterata in tutte le sue parti per osteomalacia non era a dubitarsi; come pure non era più a sperare sulla vita del feto, nè sull'espletamento spontaneo del travaglio. Mi determinai quindi per l'intervento, . . . ricorrendo alla craniotomia col trapano e successiva cranioclastia, che incontrarono difficoltà significanti da dover ricorrere all'uncino acuto, che operò l'estrazione del cranio e di tutto il feto con facilità, contribuita ad evidenza dalla cedevolezza delle ossa pelviche....

Secondamento 30 minuti dopo l'operazione.

Puerperio apiretico e regolare in tutto il resto. »

Elassi circa due mesi dal parto, le condizioni di salute della Giuseppa Santoro trovaronsi assai migliorate di quelle notate all'epoca del mio intervento operativo. Essa poteva già tenersi in piedi e girare per la stanza con qualche appoggio; i dolori ossei erano considerevolmente scemati d'intensità, ma tutte le deformazioni, specie le pelviche, rimasero. Le sofferenze della paziente influirono fortunatamente in bene sull'animo del marito, che, cambiato di vita e condotta, cercò subito nuova dimora, scegliendone altra più adeguata e non trasandando il vitto necessario per l'inferma, che continuò sempre nel miglioramento e sì da poter dire quasi spariti i dolori ossei.

Nei primi del 1885, ad incitazione di una sua sorella si recò a Milazzo, per godere quel clima, fruire abitazione migliore e vitto più completo. Per tanto il miglioramento seguito fu sempre più sensibile a misura che la permanenza nel nuovo paese protraevasi. Diffatti i dolori alle anche, all'estremità inferiori ed al bacino cessarono, e la donna assicura, che, dopo sei mesi, essa poteva reggersi all'impiedi e fare anco delle piccole passeggiate. In tale stato di miglioria perdurò fino al mese di novembre di detto anno, quando fu obbligata di ritornare a Messina.

Qui una nuova gravidanza non tardò ad apparire: invero, la mestruazione, che s'era mostrata al 24 novembre, non fu più riveduta, ed invece fenomeni simpatici prima e quindi fenomeni certi di gravidanza

(movimenti attivi comparsi nella metà di aprile 1886) assodarono l'esistenza della medesima. La gestazione continuò felicemente fino a tutto maggio, cioè a dire, senza dolori ossei in veruna parte del corpo.

Elasso questo tempo, i dolori si fecero vedere e con una certa intensità, tanto che nei primi di agosto fu costretta la paziente alla degenza continua a letto. In tale stato, ricordando i pericoli del parto trascorso, per la grave operazione subìta, si decise chiedere il mio consiglio, sicchè rividi l'antica inferma addì 10 agosto 1886.

L'esame ostetrico diede quanto segue: Donna piuttosto gracile e denutrita, sofferente per dolori nelle ossa; addome notevolmente sviluppato; edema ipogastrico e degli arti inferiori, specie al sinistro. I visceri toracici e addominali sani; circonferenza ombellicale cm. 95. L'utero di forma ovoidale-verticale misura 32 cm. nel senso longitudinale e cm. 26 nel trasversale; estremo cefalico fetale libero e mobile allo stretto superiore, piccole parti fetali in alto e a destra, battito cardiaco fetale regolare nel Q. I. S.: N. 134 battute. La colonna vertebrale ed il bacino sono principalmente deformi in grado avanzato e con tutte le caratteristiche dell'osteomalacia, e le ossa trovansi sode e resistenti, tanto da riuscire infruttuoso completamente il tentativo di allontanare le branche ischio-pubiche. Queste e le tuberosità ischiatiche sono ravvicinate al punto da rendere stentato il passaggio del dito esploratore; analogamente lo spazio retro-ischiatico lascia passare due dita con difficoltà. Il promontorio, malgrado sporgente nello stretto superiore, si raggiunge con fatica; impossibile cogliere la regione fetale presentantesi. Si tocca il sacro fortemente incurvato nel senso dell'altezza ed in senso trasverso; lo stretto superiore ha la pretta forma di un tricorno. La colonna vertebrale presenta una doppia scoliosi, l'una in corrispondenza delle quattro ultime vertebre dorsali, e l'altra abbraccia le vertebre lombari e le due prime sacrali. Le deformazioni ossee, in altri termini, possono dirsi analoghe e forse identiche a quelle trovate due anni indietro. Una differenza è solo rimarchevole, cioè la durezza e resistenza delle ossa al presente, contrariamente alla mollezza e cedevolezza, notate nel parto laborioso precedente:

Altezza del corpo	m.° 1. 55
Circonferenza pelvica	mm. 820

Altezza laterale del bacino sinistra . . .	»	210
» » » » destra	»	200
Distanza fra le spine anteriori superiori .	»	230
» » le creste	»	300
Coniugata esterna	»	190
Diametro obbliquo destro	»	210
» » sinistro	»	205
Coniugata diagonale	»	95
Distanza sacro-cotiloidee	»	55
» fra i trocanteri	»	280
» bisischiatica	»	65

Dietro quest'esame somatico scaturiva evidente quale trattamento dovea seguire, sicchè annunziai al marito il necessario taglio cesareo, che fu accolto anche dalla paziente.

Preparata la stanza e tutto l'occorrente per l'atto operativo, avevo deciso d'imprendere l'operazione, a travaglio non ancor iniziato, per il dì 28 agosto; però la mattina del 26 alle ore 9 a. m. fui avvertito che i dolori di parto erano cominciati. Fatti avvisare i colleghi, che dovevano cooperare e presenziare, mi recai dalla partoriente e potei osservare: contrazioni uterine leggiere, che si dissero iniziate sin dalle 5 antim.; utero, che persisteva nella forma ovale verticale ed era tutto sul distretto addominale, inclinato alquanto a destra; testa fissata sopra l'area d'ingresso; dorso in avanti e sinistra; piccole parti fetali in alto e a destra; battito cardiaco fetale al punto di unione del quadrante inferiore di sinistra con quello superiore omonimo: numero delle battute 136.

Fatto il riscontro vaginale, si trovò persistente 1 cm. di collo ad orificio esterno ancora posteriore e permeabile al dito esploratore; segmento inferiore dell'utero alquanto teso ed assottigliato; membrane integre.

Finito quest'esame, si prepara il necessario, e la donna, rassegnata, nel contempo si munisce dei conforti religiosi. Quindi, fatta la disinfezione, generale e locale (esterna ed interna), ed introdotta una siringa metallica nella vescica urinaria, si mise in ordine il personale d'assistenza, composto: per l'anestesia dal dottor Basile (assistente della clinica); per la cooperazione dai dottori Russo e Rando, per la sorveglianza della nebulizzazione fenicata e per porgere eventualmente qualche

spugna o salviette la signora Marano (levatrice della clinica); presenziarono inoltre l'operazione tre alunni studenti e tre allieve levatrici. Si discusse per un momento, se, nel caso di taglio cesareo, completato dall'amputazione utero-ovarica, era conveniente affondare o no il peduncolo: si decise per la negativa.

All'1 pom., dopo rapida e piena narcosi cloroformica, incisi, con pochissima emorragia, la parete addominale sulla linea mediana per l'estensione di 20 cm. (compresa tra 1 cm. sopra il pube e 6 cm. sopra la cicatrice ombelicale), e quindi un tentativo di estrazione dell'utero, che non riuscì, essendovi integrità delle membrane. Il dottor Russo adempì subito a tanto per la vagina, scolando molto liquido leggermente torbido e giallastro. Ma ciò non ebbe effetto completo per portare l'utero fuori dalle pareti del ventre; fu necessario quindi inciderlo in sede e sulla linea mediana. La dieresi uterina fu praticata per un tratto di circa 16 cm., lasciando integra la placenta, e si estrasse prontamente il feto, prendendolo per i piedi. Esso subito vagì con forza, pesava 3125 gm., era lungo 51 cm. (27-24) ed era di sesso maschile. Sgraziatamente questo bambino, che cresceva floridamente, al diciottesimo giorno dalla sua nascita, periva in seguito ad eclampsia! Subito dovetti estrarre la placenta, perchè, distaccatasi e caduta sul segmento inferiore uterino, provocò una perdita significante di sangue. Vuotato l'utero, divenne oltremodo duro per energica retrazione; fattolo mantenere in direzione verticale dal dottor Russo e fatte sollevare dall'altro aiuto le ovaie, feci passare al disotto delle medesime il filo di costrizione (serranodi Cintrat). Stretto con tutta forza il cono utero-cervicale, amputai il corpo, lasciando 2 cm. sopra del cingolo costrittore. Il moncone alla superficie di recisione mostrossi pallido ed anemico; cosperso di polvere di iodoformio fu assicurato da un lungo ago, che lo trafisse al disopra della costrizione rendendo impossibile lo spostamento. Dopo ciò assicurai con punti di seta l'addossamento della sierosa parietale con quella del moncone; nettai accuratamente con batuffoli di sublimato il contorno del collo e del cavo pelvico. Praticai in ultimo la sutura delle pareti addominali, con seta, a tre piani e perfettamente isolata fu fatta la sutura del peritoneo. La medicatura fu l'abituale, cioè iodoformio, garza, cotone al sublimato e vescica di neve. L'anestesia durò per un'ora e senza inconvenienti; l'intiera operazione, compresa la sutura addominale e la fa-

sciatura del ventre, si espletò in un' ora e mezza. La placenta normale; nell'utero amputato trovansi ai lati le due ovaie sane, le trombe Falloppiane e pochi millimetri di legamento rotondo. La paziente dopo due ore fu passata in altro letto. Essa presentava: temperatura 36. 8, polso 100, respiro 32.

Decorso del puerperio.

Il decorso del puerperio si può dire che fu fra i più regolari e felici; il polso, la temperatura e il respiro nei primi cinque giorni si mantennero normali. Nella sesta giornata la temperatura aumentò nelle ore pom. a 38.° 8, e analogamente, nel giorno consecutivo; però il calomelano e clisteri purgativi, aprendo il ventre, produssero benefici effettivi. La temperatura tornò al fisiologico nell' ottava giornata. Nella decima vennero tolti i punti di sutura e si rimosse la vescica di ghiaccio, applicata fin dal primo giorno dell' operazione; nella quattordicesima il serranodi. Nella ventesima giornata ebbe luogo il distacco del moncone, che lasciò una superficie rosea e granulante; esso era mummificato e non presentava odore speciale. La paziente incominciò a lasciare il letto in trentacinquesima giornata, ma ciò per poche ore. Le condizioni di salute si trovarono sensibilmente migliorate dopo 3 mesi dall' atto operativo e fu solo in questa epoca, che ella poteva reggersi in piedi e fare qualche passo senza sostegno.

In settembre 1888 la Giuseppa Santoro fecesi rivedere da me ed ha voluto essere riesaminata. Essa da oltre 18 mesi viveva a Milazzo, disimpegnando i lavori di famiglia, che non erano pochi, e senza che avesse più sofferto dolori ossei. Il suo stato nutritivo piuttosto lodevole. Esaminata la regione addominale, rinvenni che nel centro della cicatrice esistente fra l'ombellico e il pube, facevasi strada un' ernia intestinale del volume di un arancio e riducibile: raccomandai una cintura. In quella occasione volli fare il riscontro vaginale: vagina a pareti tese e lunga, non più traccia di porzione vaginale del collo, ma invece un infundibolo cieco sostituiva l' orificio esterno. Ossa ammalate resistenti e consolidate; deformità ossee, prodotte dalla malattia, rimaste coll' identiche alterazioni della loro origine, sicchè la deambulazione della donna presenta

qualche cosa di speciale e di singolare. Ciò che conferma quanto Zweifel ha scritto sulla deambulazione orizzontale delle osteomalaciche guarite.

« Gli ammalati a causa dell'avvicinamento dei capi femorali devono rotare su un piede per poter portare una gamba innanzi all' altra (1). »

---

(1) SCHAUTA. « Die kastration bei Osteomalacie. » *Wiener Mediz. Wochenschrift.* N. 19, 1890. In *Annali di Ostetricia e Ginecologia.* Marzo 1891, pag. 234.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Associazione Medica Lombarda

Seduta 30 Giugno 1891.

Prof. MANGIAGALLI

Presentazione di uteri esportati per via vaginale

con alcune considerazioni sul diagnostico del carcinoma uterino.

Nel mese di giugno ho praticato 6 volte l'esportazione totale dell'utero per via vaginale, cinque volte per carcinoma, una volta per prolasso voluminoso ulcerato con allungamento ipertrofico notevole della porzione sopra-vaginale del collo. All'utero esportato per prolasso sono uniti, come voi vedete, due vasti lembi vaginali, anteriore e posteriore, praticando io nella stessa seduta l'isterectomia e la colporafia anteriore e posteriore, quando l'indicazione è data dal prolasso. È soltanto però degli uteri esportati per carcinoma che desidero intrattenervi. Essi mi offrono l'opportunità, rara a verificarsi in così breve periodo di tempo, di dimostrarvi, coi pezzi anatomici alla mano, tutte le varietà anatomico-cliniche del carcinoma uterino. La distinzione di tali varietà è fondata non su peculiarità istologiche, ma sulla topografia del cancro al suo inizio.

Il carcinoma uterino può avere origine nel corpo, nel canale cervicale, nella porzione vaginale del collo e ciascuna di queste varietà, secondo i lavori di Schroeder e della sua scuola, sarebbe contradistinta, oltrechè dal criterio topografico, da altri caratteri eziologici e clinici. Dei 5 uteri cancerosi che presento, 2 offrono un esempio di carcinoma della

porzione vaginale del collo, uno a forma ulcerosa che interessa la porzione vaginale del collo e la parete posteriore della vagina, l'altro a forma vegetante. A quest'ultimo dovete aggiungere una enorme massa vegetante che ingombrava la vagina e che ho dovuto demolire per farmi strada alla volta vaginale.

Il terzo utero presenta un esempio evidente di forma mista del canale cervicale e della porzione vaginale del collo; il quarto un esemplare tipico di carcinoma del canale cervicale; il quinto infine un carcinoma del corpo. Quest'ultimo non vien presentato nella sua intierezza, perchè la fragilità estrema dell'utero infiltrato in tutto lo spessore del suo parenchima, mi ha obbligato ad esportarlo, applicando, parzialmente almeno, il metodo del *morcellement.*

Quale è la importanza clinica della distinzione accennata? Le varietà indicate vanno distinte per caratteri eziologici, patologici, clinici. Nel carcinoma della porzione vaginale del collo, la diffusione del neoplasma è prevalente verso la vagina, il cellulare paravaginale e la parte bassa dei parametrii; in quello del canale cervicale il neoplasma si diffonde precocemente al cellulare parauterino e può averlo diffusamente invaso senza che l'esame della porzione vaginale del collo lasci sospettare tanta rovina; in quello del corpo si osserva la diffusione periferica verso il peritoneo, ed io aggiungo, in modo relativamente precoce, verso le ghiandole linfatiche. E qui permettetemi di aprire una parentesi. Come si comporta il sistema linfatico rispetto al neoplasma uterino? È noto come il Colomiatti abbia studiato la diffusione di questo lungo i linfatici delle vie nervose e come ciò possa spiegare anche certe forme nevralgiche che si osservano nel corso di un carcinoma uterino; ma al clinico, importa specialmente sapere quali sieno le ghiandole linfatiche il cui ingrossamento gli dia elementi pronostici e se anche da questo punto di vista le accennate varietà offrano qualche carattere distintivo che meriti di essere rilevato. Secondo le belle e recenti ricerche di Poirier i linfatici della porzione vaginale del collo penetrati e intrecciantisi alla base del legamento largo, seguono l'andamento dell'arteria uterina e vanno a gettarsi nei ganglii situati alla divisione dell'iliaca interna. Essi comunicano con quelli del corpo mediante ricche anastomosi, e questi sono in comunicazione coi ganglii inguinali per l'intermezzo dei linfatici che seguono i legamenti rotondi. Le deduzioni teoriche a trarsi sarebbero

le seguenti: che in un carcinoma del collo possono essere infiltrate le ghiandole iliache e non quelle inguinali, che la mancanza di tumefazione delle ghiandole inguinali ha maggior importanza dal punto di vista del pronostico lontano, per il carcinoma del corpo che non per quello della porzione vaginale, che nel carcinoma del collo l'infiltrazione delle ghiandole linfatiche avviene per così dire a ritroso. Mi affretto a dire che ogni conclusione desunta dallo stato delle ghiandole inguinali può essere in pratica dichiarata erronea dai fatti. In tutte le mie operate ho esaminato i risultati lontani anche alla stregua di questo criterio, ma non sono riuscito a trarre veruna conclusione. Chiudo la parentesi riuscita forse troppo lunga e continuo nella enumerazione dei caratteri distintivi delle tre varietà cliniche di metrocarcinoma. Il carcinoma della porzione vaginale si osserva a preferenza in età meno avanzata e in donne molto multipare; quello cervicale in donne più attempate ed in donne pure pluripare; quello del corpo in donne più avanzate ancora in età, ma a preferenza nullipare o poco pluripare. A Schroeder ed alla sua scuola parve anche che alle tre varietà indicate, in ragione del loro modo di diffusione, si attagliasse anche una indicazione terapeutica speciale, l'amputazione del corpo uterino per via addominale ovvero l'isterectomia vaginale nei casi di carcinoma del corpo, l'isterectomia vaginale nei carcinomi del canale cervicale, l'amputazione del collo, vaginale o sopravaginale, nel carcinoma della porzione vaginale. In altra occasione ho associato la mia voce a quella di coloro che rifiutavano tali deduzioni terapeutiche. Arricchito oggi di più vasta esperienza, confermo la mia convinzione che in ogni caso di carcinoma l'isterectomia meriti la preferenza. Non voglio qui ripetere tutti gli argomenti altre volte illustrati; vi aggiungo solo questo: in tutti i casi da me operati l'amputazione vaginale sarebbe stata insufficiente inquantochè la sezione sarebbe caduta su tessuto infiltrato, quella sopravaginale, parecchie volte non sufficiente e questa incertezza e l'assoluta impossibilità di uscirne e la riflessione che il pronostico operatorio della isterectomia non è per me peggiore di quello dell' amputazione sopravaginale alta, vi daranno ragione delle mie preferenze per l'operazione totale in confronto di quella parziale. Quali sieno i risultati immediati e lontani delle isterectomie numerose da me praticate, lo dirò in un' altra seduta; desidero oggi piuttosto richiamare la vostra attenzione sul fatto che la curabilità

operatoria del carcinoma uterino è indiscutibile e tanto più sperabile quanto più si operi all'inizio. Ma quanto lontani siamo da questo ideale ed altrove e più a Milano! In due anni e mezzo dacchè dirigo questo comparto ginecologico, ho visto circa 300 casi di metrocarcinoma; 250 si presentarono coi caratteri della più assoluta inoperabilità, negli altri cinquanta all'incirca ho praticato la isterectomia, ma in molti di questi se c'era l'operabilità anatomica, molte volte mancava quella clinica e ad ogni modo abbiamo un procento di casi operabili del 16 p. 0[0 mentre invece a Berlino, secondo un lavoro di Mommsen, sarebbe del 26 p. 0[0. E avendo frequentato a lungo e ripetutamente le cliniche della capitale germanica, non credo punto che là si sia più larghi nelle indicazioni operatorie. Ho anzi ragione di credere il contrario. È dunque estremamente benefico, date le premesse, che il carcinoma uterino venga diagnosticato al suo inizio e non ho perciò creduto opera vana in una società con intendimenti pratici come la nostra, l'intrattenervi, prendendo le mosse dai casi presentati, dei criteri che ci devono guidare in tale diagnostico. Nè le difficoltà sono tali che anche un modesto pratico non possa superarle. Innanzi tutto è necessario che il pratico si spogli di certe preconcezioni. Molte volte il pratico non si crede in dovere di sospettare il carcinoma, se non quando vede la tinta cancerigna o almeno il profondo deperimento della nutrizione o profuse e continuate emorragie o perdite fetenti, in special modo quando a tale corteo fenomenologico facciano cornice i tratti di una età alquanto avanzata.

Ebbene nulla di più erroneo. S'incontrano moltissimi casi di metrocarcinoma fra i 30 e i 40 anni, si vedono tuttodì casi di carcinoma uterino inoperabile in persone che presentano ancora una nutrizione floridissima, in persone che non hanno mai avuto vere emorragie. Anche il sintoma di Rommelaere non ha alcun valore diagnostico pei metrocarcinomi. In parecchi casi di metrocarcinoma inoperabile ebbi campo di constatare non solo un alto procento di urea, ma anche una crasi sanguigna normale rilevata e dal numero dei globuli rossi e dal rapporto numerico fra questi e i globuli bianchi e dal grado citometrico. A quali segni dovremo noi dunque dare importanza? Anche a questo riguardo mi sembra conveniente serbare la divisione delle tre varietà più volte accennate. Il carcinoma della porzione vaginale specialmente nella sua forma vegetante è quello più facile a diagnosticarsi prima che sia trascorsa l'epoca della

operabilità. Le facili, precoci e profuse emorragie, le masse vegetanti del collo, le caratteristiche ulcerazioni, anche ad un esame superficiale rilevano la natura del male e permettono la diagnosi in tempo ancora per operare. Ciò non vuol dire che il male sia all'inizio, perchè possono essere operabili anche enormi tumori a cavolfiore che riempiono la vagina come precisamente in un caso che io ho loro presentato. Ma prima di parlare dei sintomi iniziali, è necessario porre una questione preliminare. Esiste per il carcinoma della porzione vaginale del collo uno stadio così detto precanceroso? Il Jessett anche recentemente, in una seduta della Società Ginecologica Britannica, descrisse alcuni aspetti del collo poco chiaramente definiti che costituirebbero lo stadio indicato come precanceroso. Confesso per parte mia di non esserne stato persuaso; la mia convinzione è che non sia stato dimostrato alcun sintomo proprio di uno stadio precanceroso e che per esempio non sia mai stato indicato per il metrocarcinoma un sintomo del valore di quello di Paget per il cancro della mammella. Sono invece convinto per numerose prove che certe condizioni del collo costituiscono una predisposizione evidente per lo sviluppo del carcinoma, voglio indicare i vasti ectropii con erosioni papillari e lacerazioni profonde fino alla volta vaginale. Mi associo per tale riguardo così completamente alle idee di Breisky, di Emmet che, tenuto calcolo anche delle difficoltà con cui guariscono tali lesioni e della inocuità assoluta dell'intervento operatorio, consiglio e pratico molte volte in simili evenienze a seconda dei casi, o l'amputazione anaplastica della porzione vaginale del collo o la operazione di Emmet. I segni del carcinoma della porzione vaginale del collo sono in nesso specialmente con talune condizioni fisiche del collo, friabilità e colorito. Così un sintomo frequente di grande importanza sono le perdite sanguigne che seguono la coabitazione, il cui momento eziologico è facile ad afferrarsi. Un altro segno è stato recentemente indicato da Audry, la facilità cioè colla quale si riesce coll'unghia del dito esploratore a raschiare superficialmente la zona sospetta. Se noi esaminiamo la porzione vaginale del collo vediamo come la parte ammalata è nettamente separata dalle parti sane e non vi trapassa per gradi. Le parti affette da carcinoma hanno una colorazione di un riflesso piuttosto gialliccio e mostrano spesse volte delle piccole elevatezze come piccoli granuli di un colore bianco-gialliccio splendente. Naturalmente i segni indicati non vi daranno

la certezza, ma risveglieranno in voi il sospetto e ciò è molto, perchè una malattia prima di diagnosticarla bisogna sospettarla.

Nel carcinoma del canale cervicale l'andamento è molto subdolo. Alcuni segni potranno però farlo sospettare in un periodo relativamente non troppo avanzato. Se esplorate una donna la quale non abbia lesione della porzione vaginale del collo, abbia emorragie atipiche o perdite sierose tinte di sangue che non sono giustificate dal volume del corpo, mentre invece è uniformemente aumentata la porzione sopravaginale del collo, atteggiantesi a forma cilindrica, è lecito il dubbio. In condizioni normali esiste nell'utero una depressione circolare, istmo, che separa il corpo dal collo. Esplorando quindi circolarmente la volta vaginale e deprimendola, il dito nulla avverte al disopra della porzione vaginale del collo; se invece la porzione sopravaginale del collo è uniformemente ingrossata, lo si avverte abbastanza facilmente e non si ha più la sensazione di vuoto che si ha in condizioni normali. Qualche volta l'orificio esterno è beante e nella parte inferiore del canale cervicale si riesce colla falange ad avvertire rilevatezze, irregolarità, vegetazioni che partono dal canale cervicale. Se l'orificio esterno non è beante, la sonda dà facilmente a persona esercitata sensazioni tattili indirette che equivalgono a quelle dirette. Esaminando collo speculum si può rilevare come la porzione vaginale del collo sia rivestita d'epitelio normale, ma si rileva pure un ingrossamento della porzione vaginale che difficilmente manca nel carcinoma cervicale, e può far invece completamente difetto nel carcinoma del corpo. La porzione vaginale del collo così ingrossata è piuttosto tozza, come schiacciata dal basso all'alto e si rileva anche alla vista come una specie di tensione della mucosa che la riveste. Qualche volta questa è congesta, il più delle volte anemica. Non di rado si vedono anche delle piccole vegetazioni polipoidi che fanno irregolarmente corona all'orificio esterno, che non rassomigliano però ai polipi vescicolari, ma sono pallide più di spesso e carnose. L'esame di queste potrà illuminare il diagnostico, ma anche rilevate di natura benigna dall'esame istologico, per alcuni clinici, costituirebbero qualche volta come un sintomo premonitorio del carcinoma del canale cervicale.

E veniamo ora al carcinoma del corpo, che, come dissi, è proprio dell'età più avanzata in confronto delle altre due forme; questa circostanza e la nulliparità non infrequente possono ingenerare illusioni,

errori diagnostici. La porzione vaginale del collo piccola, di forma ed aspetto normale, per coloro che non sono famigliari coll'esame combinato addomino-vaginale, e non sono pochi, può indurre nell'erronea credenza che l'emorragia non sia dovuta ad alterazioni dell'utero. L'errore è tanto più facile per l'estrema facilità colla quale il pratico addebita certe emorragie uterine all'età climaterica. Per me è ormai quasi un canone ginecologico che le presunte emorragie dell'età critica sono pure dovute ad alterazioni dell'utero. Certo non tutte queste alterazioni sono di natura maligna, certo qualche volta possono essere secondarie a stati morbosi di organi lontani, cuore, reni o a speciali discrasie, ma il principio da me esposto sarà sicuramente per il pratico guida più sicura che non quello opposto, per cui si trova comodo di rendere acquiescenti medico ed ammalata all'idea che le perdite sieno dovute all'età critica. Ogni perdita di sangue atipica nel periodo della menopausa, specie di sierosità lievemente colorate in sanguigno, deve risvegliare il sospetto vostro, se l'utero è contemporaneamente aumentato di volume nel suo corpo, pur essendo normale la porzione vaginale. Se poi il corpo uterino aumenta di volume sotto i vostri occhi, il sospetto diventa quasi certezza, un fibroma non si inizia nella menopausa. Questa porta piuttosto non solo all'atrofia progressiva dell'utero normale, ma anche dell'utero nelle cui pareti sono insiti fibromi. Avvertite però come sia origine di frequenti delusioni anche l'affermazione che la menopausa costituisca quasi una cura naturale dei fibromi e come sia essa la meta che si deve far raggiungere alle ammalate, attraverso rischi e pericoli poco importa, perchè è a tale meta che si trova l'invocata salute. Troppe volte ho visto tornare vana tale speranza per avere una fiducia illimitata in tale risorsa della natura. Qualche volta nei casi di fibromi la menopausa esercita la sua benefica influenza per qualche tempo, le emorragie cessano, ma poi, dopo alcuni mesi, un anno, riprendono. In questi casi dubitate di una metaplasia per cui il tumore già benigno si converta in uno maligno ovvero in una associazione successiva di una forma neoplastica maligna. Ma torniamo al carcinoma primitivo del corpo uterino. Abbiamo visto come il riscontro vaginale per sè è quello che dà i dati meno caratteristici; questo però congiunto colla palpazione addominale ci rileva l'aumento del corpo. Noi abbiamo, compagne a questo aumento, perdite sanguigne atipiche, perdite sierose più o meno

fetide. Oltre a tali perdite abbiamo dolori che nel carcinoma del corpo hanno una caratteristica speciale, in molti casi trattandosi di nullipare ed essendo quindi gli orifizi del collo ristretti, qualche volta l'orificio interno sbarrato da produzioni neoplastiche: essi presentano cioè i caratteri delle coliche uterine. Infine l'esame colla sonda della cavità uterina permette di rilevare la durezza e l'ineguaglianza della superficie ammalata.

Tutti i sintomi indicati, che io ho passati in rassegna e che sono proprii dell'una o dell'altra varietà di carcinoma uterino, lo ripeto, non vi daranno la certezza, ma risveglieranno in voi il dubbio che è la porta maestra della verità e il dubbio vi inviterà a fare o a chiedere l'esame istologico dei punti sospetti. Con un mezzo affatto innocuo, col raschiamento preceduto o meno da dilatazione, colla escisione di piccoli pezzetti, il vostro dubbio potrà diventare certezza, alla diagnosi clinica induttiva avrete sostituito la diagnosi anatomica.

Seduta 7 Luglio 1891.

Dott. Decio. — **Un letto per operazioni ginecologiche ed il piano inclinato nelle laparotomie.**

Venne già data la memoria *in extenso* nel numero precedente.

Dott. F. VILLA

UN CASO D'ACONDROPLASIA

o del così detto rachitismo micromelico

IDRAMNIOS A RAPIDO SVILUPPO.

F. R. d'anni 26, entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore il 22. 1. 91. È pluripara e racconta che nel passato anno partorì col soccorso ostetrico un bambino mancante di un'arto inferiore (?) e che la gravidanza in corso avrebbe avuto inizio non molto tempo dopo, essendo apparsa l'ultima mestruazione scarsissima il 19. 6. 90. Molestata nei primi periodi da vomito mattutino, la paziente non avvertì speciali sofferenze fino a circa quindici giorni or sono, e da tale epoca daterebbe un dolore piuttosto vivo alle regioni sovra ombellicali irradiantesi al precordio. Poco dopo si accorse dell'aumento rapido in volume dell'addome. È un soggetto ben costituito e scheletricamente di regolare conformazione.

Circonferenza pelvica	87	cent.
Distanza fra le S. I. A. S. . .	25	»
» » creste	28	»
Diametro obliquo destro . . .	25	»
» » sinistro . .	25	»
Distanza fra i trocanteri . . .	30	»
Coniugata esterna	20	»

Il ventre è notevolmente espanso e teso, il fondo uterino arriva ad un dito trasverso dalla xifoide, negativa la palpazione e l'ascoltazione, fluttuazione evidente. Estremo cefalico elevatissimo, mobile sullo stretto superiore. Moti attivi avvertiti debolmente.

Circonferenza addominale al bellico . .	96	cent.
Distanza dal pube alla punta sternale .	42	»
» » » al fondo uterino . .	38	»
» » » al bellico	22	»

Negativo l'esame delle orine. Apiressia. Nella quinta giornata di degenza, e sempre accusando la donna il dolore epigastrio e precordiale, si riconosce che l'utero si è considerevolmente sviluppato giacchè si arriva a toccarne il fondo solo circuendo col dito l'apofisi ensiforme. Esiste la dilatazione di cent. 5 ed attraverso all'orificio protrude il sacco a sanguinaccio, non teso, nè tendentesi ad intervalli, onde pare che la resistenza della bocca uterina sia vinta dalla tensione esistente nella cavità ovulare piuttosto che dalle contrazioni.

Si procede alla puntura delle membrane, e poche ore dopo si verifica il parto spontaneo. Liquido amniotico raccolto in quantità di gr. 4200: acque posteriori copiose. La placenta del peso di gr. 400 era molto edematosa, facilmente lacerabile, aveva vasi turgidi ed estensione notevole, cent. 20 × 12, ed offrivasi per un tratto infiltrata di sangue, perchè la sua inserzione aveva avuto luogo sulla zona uterina inferiore. Il cordone che partiva da 3 cent. dal margine placentare era lungo 32 cent. ed assai edematoso, ma non presentava anomalie dei vasi, o nodi, od attorcigliamento esagerato.

Le orine raccolte la mattina del parto non erano albuminose, ma acide, con P. S. 1002 e contenevano gr. 3,843 d'urea per litro, e l'esame microscopico non rilevò in esse la presenza d'elementi renali.

Il liquido amniotico di color giallo chiaro rossigno (eravi stata lieve emorraggia in causa dell'inserzione placentare molto bassa), fu oggetto d'esame:

P. S.	1006
Albumina	20 0[0
Urea	traccie
Zucchero	assenza
Pigmenti biliari . . .	assenza
Peptone	lieve quantità.

Antecedentemente al parto mancò ogni rialzo termico, il puerperio decorse apiretico e la paziente lasciò il comparto in 9.ª giornata di puerperio il 4 febbraio 1891.

Limitandomi a far osservare che questo è un nuovo caso di idramnios acuto, il quale viene ad appoggiare talune considerazioni svolte in un recente mio lavoro su tale tema (1), passo senz'altro a descrivere quanto

(1) F. Villa. « Idramnios acuto. » *Annali di ostetricia e ginecologia,* N. 5, 6 e 8.

di notevole offrì il prodotto del concepimento, che, nato in grave stato d'asfissia, non potè essere rianimato.

Feto maschio del peso di 1500 gr., lungo 31 cent. Colpiscono immediatamente i fatti del volume cefalico sproporzionatamente maggiore per rapporto al resto del corpo, della brevità eccezionale degli arti foggiati ed atteggiati in modo speciale, e la notevole differenza di lunghezza fra la porzione sopra e sotto ombellicale: ed infatti mentre la prima misura 21 cent., la seconda non è lunga che 10 cent. A prima vista sembra altresì che la pelle sia infiltrata in modo elevato, e che trattisi di un feto anasarcatico, ma toccandola si conosce come invece essa sia soda e resistente e come le grosse pieghe che esistono in corrispondenza delle grandi articolazioni non ritengano l'impronta del dito: onde risulta che si tratta realmente di uno spessore straordinario dei comuni tegumenti, provvisti altresì di peluria, folta, lunga, e di color nero, abbondante specie sul dorso.

La testa, come dissi è grossa, ma lo sviluppo considerevole è fornito dallo espandersi delle regioni sovrastanti alla circonferenza passante per la radice del naso ed il punto più saliente dell'occipite, giacchè quest'osso è per così dire proiettato in avanti, e le pareti laterali del cranio vanno svasandosi verso l'alto, corrispondentemente alla sporgenza del fronte o meglio delle regioni fronto-bregmatiche. Ed infatti ad un diametro bimastoideo di 50 mm. si oppone un biparietale di 90 mm., e mentre quello sottocipito mentoniero è di 60 mm., gli altri diametri sono pressochè uguali alla media che si dà per il feto a termine. Se si tiene calcolo delle misure,

Diametri:

mento occipitale	130	cent.
occipito frontale	100	»
biparietale anatomico	90	»
sottoccipito bregmatico . . .	90	»
» frontale	85	»
» mentoniero . . .	60	»
bimastoideo	50	»
mento bregmatico	90	»
» frontale	80	»

Circonferenza:

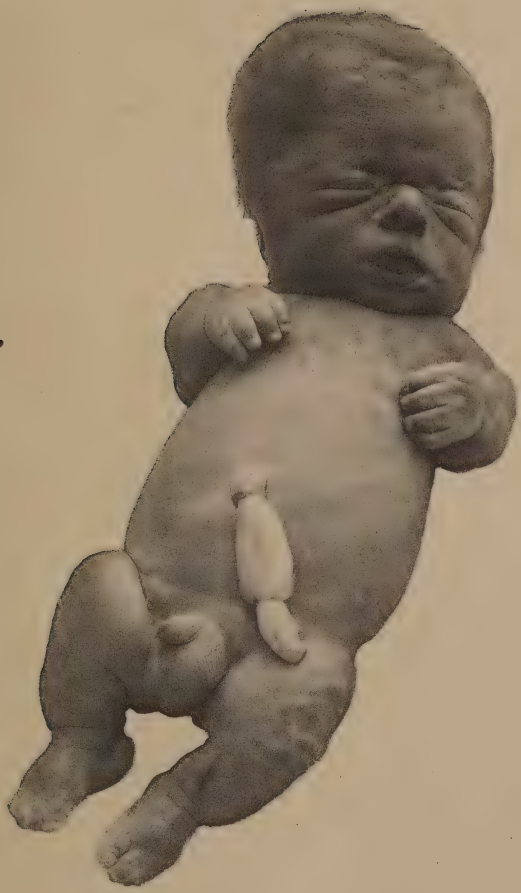
occipito mentoniero	. . . . .	32 cent.
» frontale	. . . . .	31 »
» bregmatica	. . . . .	20 »

riesce evidente che realmente la base cranica è ristretta nel senso trasversale e raccorciata in quello antero-posteriore e che uno sviluppo compensativo esiste a spese delle regioni fronto bregmatiche.

Non molto larghe le suture, ma la sagittale, a distanza pressochè uguale delle due fontanelle, ne presenta una terza, ampia all'incirca quanto la quadrangolare ed arieggiante a questa per forma, ma naturalmente ben differenziabile per la mancanza di suture nel suo diametro trasverso.

Naso rincagnato, mascellare inferiore un po' più grosso, breve apparentemente il collo in causa di una grossa piega cutanea che fa sì, che la testa sembri direttamente appoggiarsi sul tronco. Per questo si nota subito che il cinto toracico è sufficientemente sviluppato (diametro bisacromiale di 9 cent. in feto settimestre), e che le clavicole sono assai lunghe, onde il moncone della spalla è portato assai all'infuori e gli arti si attaccano su d'una linea postero laterale del torace. Le scapole invece sono molto avvicinate e la gabbia costale un po' bassa presenta una depressione trasversale in corrispondenza dell'unione del terzo medio col terzo inferiore ed il suo margine libero è riversato all'infuori. L'addome piuttosto tumido fa sospettare l'ascite, la colonna vertebrale decorre rettilinea e misura cent. 16. La cintura pelvica offre il diametro sacro-pubico di cent. 4 1[2 ed il bitrocanterico di cent. 9 1[2, e notevolissima inclinazione del bacino. Gli arti superiori (11 cent.) e gli inferiori (12 cent.) sono atteggiati in modo affatto singolare, perfettamente rilevabile dalla fotografia qui unita e presentano incurvamento speciale dipendente dalla curvatura delle sezioni ossee che li compongono.

Praticai l'autopsia del bambino, e non trovai alterazioni o difetti di conformazione dei visceri, non raccolte sierose splancniche e solo discreta dilatazione della vescica. Levata la pelle, intrapresi la preparazione dello scheletro, ma per ragioni inutili a riferire, il pezzo andò a male. Dirò per altro che, levati i comuni tegumenti, di spessore quasi doppio del normale e molto più compatti, e sparato il cadavere rimarcai quanto segue: Al capo suture non molto dilatate, terza fontanella formata a spese



ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
12 OCT 91
LIBRARY

della mancata ossificazione di due piccole zone simmetriche dei parietali, mancanza di sinostosi delle ossa della base del cranio, prevalentemente cartilaginee. Ossa sottili.

Il torace, è assai ristretto nelle parti superiori e sproporzionato al volume cefalico, è piuttosto breve e va svasandosi più che di norma verso il basso, ed il solco già notato riesce più appariscente, e più notevole appare la proiezione all'infuori del margine costale libero. La clavicola misurante mm. 31 è più lunga per rapporto all'apertura superiore della gabbia toracica di quello che non sia normalmente, le scapole sono avvicinate e l'articolazione del braccio giace assai più all'infuori ed all'indietro.

Il bacino, fortemente inclinato, è assai ristretto nei diametri coniugati dello stretto superiore, la sporgenza del promontorio è poco spiccata, il sacro è piatto.

Mi riuscì di conservare solo alcune parti dello scheletro spogliato dalle parti molli, e cioè la colonna vertebrale, una metà del bacino, una clavicola, una scapola e le ossa lunghe d'un arto superiore e di uno inferiore, ed in queste ossa tutte appare evidente il difetto d'ossificazione. Nessuna frattura, nè callo alcuno, nè esostosi, nè osteofiti, ne spugnosità del tessuto osseo. La clavicola già dissi assai lunga ed ora aggiungerò che non è contorta in modo abnorme, la scapola non presenta alterazioni spiccate o meritevoli di menzione speciale, e le apofisi spinose e trasverse della colonna vertebrale sono cartilaginee mentre le lame, ed i corpi presentano i punti d'ossificazione ordinarii ma più piccoli. Vertebre sacrali non saldate assieme. L'osso iliaco presenta le sue ali formate da due lamine ossee l'una esterna e l'altra interna separate da uno strato cartilagineo il quale forma però da solo la cresta, le spine ed i bordi, e per il resto è tutto costituito da cartilagine, eccezione fatta di una piastrina esistente sulla superficie interna, corrispondentemente alla cavità cotiloidea, la quale termina in basso in un dischetto dello spesssore di 2 mm., separante l'ileo propriamente detto dall'ischio. L'ala iliaca appare costituita da due piani che si incontrano in un angolo assai ottuso aperto verso l'esterno, onde è che mentre la fossa iliaca interna è pressochè piana, quella esterna è maggiormente incavata.

Le ossa lunghe degli arti si mostrano a diafisi brevi, grosse e curve, e ad epifisi cartilaginee assai grosse, e la curvatura a convessità esterna è molto più spiccata nel femore che non nell'omero. Queste ossa sono

durissime e compatte assai, ed il tessuto ne è stipato, come appare dalle sezioni eseguite nell'asse longitudinale.

L'esame microscopico praticato su sezioni longitudinali attraverso il limite di ossificazione della diafisi del femore indicò l'esistenza di una perturbazione nell'ossificazione encondrale, e taluno dei preparati corrispose esattamente alla descrizione grafica dell'ossificazione endocondrale in un neonato cretinico data da Ziegler (1). Il dott. A. Visconti, che colla sua solita cortesia volle interessarsi di questo esame istologico, confermò l'ipoplasia scheletrica dipendere da difettante sviluppo di proliferazione di quelle zone di cartilagine che sono destinate all'ossificazione, essere la zona delle colonne cartilaginee o mancante od appena accennata, assai imperfetta essere quella della calcificazione provvisoria e dei primi spazii midollari, ed anche lo strato della prima formazione ossea, pel suo imperfetto sviluppo allontanarsi non poco dal tipo normale.

Alla mancanza di ogni traccia di lesione sifilitica e delle note della rachitide classica, si contrappongono alterazioni che fanno iscrivere questo caso sotto il nome di malattia di Müller o quello poco proprio d'acondroplasia o quello ancora veramente improprio di rachitide fetale micromelica.

Nel 1860 H. Müller richiamò l'attenzione su d'una forma speciale di rachitismo fetale, anatomicamente ben differenziabile dal rachitismo vero, avente la sua essenza in una distrofia speciale delle cartilagini primordiali e macroscopicamente caratterizzata da brevità del tronco e delle estremità assai curvate e con ossa molto compatte, notevole spessore della cute, sinostosi precoce delle ossa della base cranica ecc. Müller trovò che le cartilagini contengono maggior copia di muco, presentano una disposizione nettamente lacunare e che le cellule cartilaginee sono ingrandite e serrate le une contro le altre. Inoltre i condroplasti e gli osteoplasti non sarebbero disposti in colonne rettilinee ma irregolarmente e la formazione degli osteoplasti sarebbe assai limitata, onde l'osso si svilupperebbe punto o malamente nel senso longitudinale, mentre che dal lato del periostio la formazione del tessuto osseo effettuandosi attivamente causerebbe la strettezza dei canalicoli d'Havers e la compattezza dell'osso (2).

---

(1) Ziegler. « Trattato d'anatomia patologica ». 1886, Vol. III, pag. 1022,

(2) H. Mueller. « Ueber foetale Rachitis. » *Wurzburzer med. Zeit.*, Bd. I, 1860.

La scoperta di Müller fu in proseguo confermata dall'esame di consimili casi fatta da parecchi osservatori, ed ora io non starò a fare qui la storia dello studio di questa malattia, ma riassumerò brevemente le cognizioni in proposito, aggiungendo taluni dati importanti dimenticati dal Porak nella sua recente ed estesa monografia (1).

Il nome di rachitismo con micromelia venne usato da Winkler (nella descrizione di un caso in cui trovò lesioni somiglianti a quelle indicate da Müller), il quale attribuì grande importanza alla caratteristica brevità delle membra, ed ammise che la rachitide possa presentare una tale forma che iniziata al 4.° mese deve considerarsi come guarita al momento della nascita.

E Virchow, studiando un neonato con fisonomia squisitamente cretinica, dimostrava come l'infossamento della radice del naso dei cretini dipendesse da un'anormale cortezza della base cranica devoluta alla sinostosi prematura della porzione anteriore e posteriore dell'osso sfenoide e della porzione basilare dell'occipitale e spiegava la cortezza delle ossa con la poca attività del processo d'ossificazione, mentre poi esaminando lo stesso bambino, Klebs constatò l'esistenza di una difettevole proliferazione cartilaginea, e lo Ziegler (2) confrontando tali ossa con quelle di un'altro micromelo non cretinico, non trovò istologicamente differenza alcuna.

Urtel (3), fu fra i primi a convalidare le affermazioni di Müller col pubblicarne un caso consimile, e coll'ammettere la perfetta funzionalità del periostio, e la deficientissima formazione dell'osso dal lato delle epifisi, ma invece dell'ingrossamento delle cellule e dell'aumento della sostanza cellulare, trovò solo cartilagini embrionali a piccole cellule, e riconobbe altresì che gli strati giacenti fra cartilagine ed osso si presentano come « una immediata continuazione del periostio » (4).

Englisch (5) nell'illustrazione d'un caso di rachitide fetale faceva

---

(1) Porak. « De l'Achondroplasie. » *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1889, N. 12; 1890, N. 1 a 7.

(2) Ziegler. Loco citato, pag. 1027.

(3) Urtel. « Ueber rachitis congenita. » 1873.

(4) Urtel. Loco citato. « Als eine unmittelbare, in continuirlichem Zusammenhange stehende Fortsetzung des Periostes. »

(5) I. Englisch. « Ein Fall von Rachitis foetalis. » In Jahresbricht etc. 1875, pag. 647, vol. II.

rimarcare la sproporzione fra diafisi ed epifisi, che la calcificazione non mancava punto, e che il reperto istologico rispondeva solo parzialmente a quello della rachite, e Fischer e Kehrer e Graefe sollevavano qualche opposizione alle idee di Müller, che ben presto da altri osservatori venivano riaffermate.

Fra questi piacemi specialmente citare l'Eberth (1), ed il Bode (2), i quali riconobbero al pari dell'Urtel l'eventuale intromissione del periostio fra cartilagine episifaria ed il tessuto osseo spugnoso. La conseguenza di tale fatto è l'interposizione fra queste parti di uno strato di tessuto connettivo che può infine produrre una completa separazione della cartilagine dalla diafisi, colla conseguenza che, là dove i tratti connettivali si appongono alla cartilagine, manca talvolta completamente un processo proliferativo e le cellule cartilaginee si appianano in prossimità del tessuto connettivo nel quale a poco a poco il tessuto cartilagineo si trasforma.

Da altri ancora, fra i quali ricordo Neumann, Lessing, Mary Smith, Kassowitz, pel quale l'ossificazione del periostio non sarebbe normale in causa della troppo debole vascolarizzazione, e più recentemente lo Storp (3), si sostenne la distinzione fra la così detta rachitide fetale e la rachitide vera e dalla massima parte degli autori si mise tale forma congenita in stretti rapporti col cretinismo; ma speciale menzione merita il Parrot (4) che fece di questa malattia un quadro ben definito e chiarì meglio il meccanismo della produzione delle deformità scheletriche dipendenti dalla deficiente proprietà osteogenica delle cartilagini, e propose il nome di acondroplasia.

L'embriologia insegna che le parti costituenti lo scheletro debbono, dal punto di vista della loro ossificazione, essere divise in due gruppi, a seconda che procedono o meno da una cartilagine primordiale, onde avviene che il processo acondroplasico stampi le sue impronte sulle ossa del primo gruppo ed anche su quelle porzioni di un osso in cui l'evoluzione dipende dalla cartilagine, nel senso che lo sviluppo abbia

---

(1) Eberth. « Die fötale Rachitis und ihre Beziehungen zu dem Cretinismus. » Leipzig 1878.

(2) E. Bode. « Ueber die sogenannte foetale Rachitis. » *Virch. Arch.* XCIII, S. 421. In Jahresbericht etc., 1883, pag. 296.

(3) Storp. « Untersuchungen über foetale Rachitis. » In Jahresbericht etc., 1887.

(4) I. Parrot. « La syphilis héréditaire et le rachitis. » 1886, pag. 281.

a scapitarne in lunghezza senza corrispondenti mutazioni di spessore in ragione del funzionare perfetto o poco alterato del periostio. Infatti le ossa tubulari delle membra appartenenti alla prima categoria hanno diametro pressochè normale, ma sono assai più brevi in causa dell'inerzia delle cartilagini epifisarie deputate all'allungamento della diafisi. Le ossa piatte si sviluppano in gran parte a spese del tessuto embrionario primitivo, e così la clavicola, le coste, il frontale, i parietali, le scaglie dell'occipitale e dei temporali e le ossa della faccia sono di forma e dimensioni normali, ma al contrario quelle in cui l'ossificazione è esclusivamente dipendente da cartilagine, come la rocca petrosa, la parte basilare dell'occipitale, l'etmoide, lo sfenoide, ed il setto del naso, lo sviluppo è inferiore alla media.

La deficienza di alcune parti del cranio fa sì che la sua base sia considerevolmente ristretta, e se la corrispondente picciolezza dei suoi orifici potrebbe secondo il Parrot dare spiegazione dell'idrocefalia, sì frequente in questi soggetti, perchè probabilmente causata dall'ostacolato efflusso del sangue venoso, quale conseguenza ben appariscente si osserva la notevole deformazione della volta cranica le di cui ossa hanno tuttavia direzioni normali.

In effetto poichè il cervello non trova ove svilupparsi in basso, così esso si porta necessariamente in alto ed in avanti e le regioni superiori della scatola cranica e sopratutto le fronto-bregmatiche si rendono proeminenti.

In questi soggetti non solo vi è riduzione del diametro trasverso della base del cranio, ma, come già dissi, Virchow ne dimostrò anche l'anormale cortezza derivante dalla sinostosi prematura dello sfenoide e della porzione basilare dell'occipitale. E così Mary Smith (1) trovò nel suo caso che « il cranio aveva la sua maggior dimensione nel senso della larghezza, e la lunghezza dell'avanti all'indietro presentava una misura minore » e parecchi altri fra cui primo Müller segnalarono la detta sinostosi. La spiegazione di tale fatto sta in ciò che come nelle diartrosi, così nelle sinartrosi può aver luogo un'anormale ossificazione la quale si distingue egualmente per una difettosa proliferazione della cartilagine e del tessuto connettivo o per una sinostosi prema-

(1) Mary Smith. « Ueber Rachitis foetalis. » In Jahresbericht, etc., 1880, vol. II.

tura, mancando nel primo caso il materiale per l'ossificazione e nel secondo essendo esso prematuramente adoperato per la formazione della sostanza ossea in modo che ben presto cessa la probabilità di un'ulteriore accrescimento (Ziegler). Quest'ultimo accidente può avvenire tanto in quei punti che normalmente non si ossificano, quanto in quelli che sogliono ossificarsi soltanto nell'età avanzata o per lo meno più tardi di quello che accade in questi casi e così si verifica la sincondrosi fra la porzione anteriore e posteriore del corpo dello sfenoide e fra questo e la porzione basilare dell'occipitale, mentre che la saldatura di tali ossa avviene nei casi normali rispettivamente nel primo e nel dodicesimo anno di vita. In tal modo l'insufficiente proliferazione cartilaginea e la prematura sinostosi hanno per conseguenza l'accorciamento della base craniale da cui l'infossamento della radice del naso segnalato da Wirchow nei cretini.

Negli acondroplasici la faccia, astrazione fatta del naso, non presenta dal lato scheletrico alcuna malformazione, e neppure il collo offre qualche cosa di anormale, mentre invece la cintura toracica merita notevolissima attenzione. La clavicola, che è il primo osso a formarsi, appare sproporzionatamente lunga, perchè la gabbia toracica è meno sviluppata, ma in realtà è un po' al disotto della misura che le spetta, ed è solo in causa di tale alterato rapporto di lunghezza fra clavicola e scheletro toracico che gli arti superiori si attaccano al tronco su di una linea posteriore a quella normale. Ne consegue che le scapole, sulle quali si notano cangiamenti risguardanti l'estensione, la profondità e la direzione delle fosse, nonchè lo spessore dei bordi, siano assai avvicinate, ma tali alterazioni sono di poco conto e ben maggiore interesse meritano le coste. Il torace che nell'insieme è basso, è molto ristretto nella parte superiore ma va allargandosi nelle parti inferiori ed alla base è assai svasato all'infuori e, come Depaul (1) fece rilevare, esiste una frequente solcatura trasversale a livello della 6-7.ª costa, al disotto della quale si nota un'allargamento ed una eversione notevole. Questo fatto parmi sia devoluto alla modalità colla quale procede lo sviluppo delle costole ed ai rapporti anatomici.

---

(1) Depaul. « Sur une maladie spéciale du sisteme osseux, developpée pendant la vie intrautérine et qui est généralement décrite, a tort selon moi, sous le nom de rachitisme. » *Archives de tocologie*, 1877, pagina 641.

Infatti le prime sei, di cui lo sviluppo è più rapido, si riuniscono colla loro estremità anteriore prima di raggiungere la linea mediana, e la lama verticale che ne risulta costituisce una metà dello sterno cartilagineo. Le due metà, dapprima separate da una fessura verticale mediana si saldano ben tosto fra loro dall'alto in basso per formare lo sterno, ma poichè in causa della malattia le ossa non si sviluppano a sufficienza e conseguentemente la cavità toracica è meno capace, così sembrami che i visceri che in quella trovano alloggio e quelli che sono contenuti fra le pareti della gabbia costale debbano tendere ad allargarsi e ad accrescersi, là dove le resistenze sono minori, cioè verso la base del torace; per cui le ultime costole sarebbero arrovesciate all'infuori per lo stesso meccanismo col quale le regioni fronto-bregmatiche si rendono proeminenti.

In questi soggetti la colonna vertebrale è ben conformata e non descrive delle curve, ma l'ossificazione è poco avanzata, il promontorio è poco saliente, il sacro è piatto ed il bacino fortemente inclinato, presenta una diminuzione assoluta di tutti i diametri e relativa di quello coniugato o di quello trasverso dello stretto superiore. E così è, che mentre alcuni osservarono la notevole angustia nel senso antero-posteriore, altri casi offrirono la ristrettezza nel senso trasversale. La ragione di questi fatti opposti e contrarii non la trovai indicata da alcuno, ma però sembrami lecito il rimarcare che il possibile arresto dell'accrescimento delle masse laterali del sacro e l'eventuale irrifiutabile sinostosi coll'osso iliaco possono spiegare la viziatura nel diametro trasverso.

La forte inclinazione della pelvi che è un fatto costante al pari della caratteristica curvatura degli arti, checchè ne pensi il Porak, parmi che stia strettamente in rapporto con tale deformazione o meglio che ne abbia comune la causa, non riuscendomi inoltre inammissibile che il grado elevato di detta inclinazione possa essere incolpato almeno in parte della riduzione dei diametri coniugati dello stretto superiore.

Le estremità sono piegate perfino a semicerchio colla concavità in dentro ed in avanti per la caratteristica curvatura delle diafisi delle singole ossa lunghe che le compongono e per essere altresì le cartilagini disposte sul proseguimento della linea curva seguita dalla parte ossea, ma non si riscontrano mai fratture o calli di fratture consolidate, e le lesioni sono talmente simmetriche e di grado siffattamente uguale, che non può accettarsi l'ipotesi di pregresse soluzioni di continuità dell'ossa, neppure per quei casi nei quali, come trovò il Porak, la diafisi presenta

verso la concavità una curva e verso la convessità la direzione dell'osso si modifica secondo un angolo, cioè facendo un vero gomito.

Le lesioni, che si constatano all'atto della nascita, dimostrano che la malattia ha già compiuto il suo corso, e come già dissi il suo periodo d'attività cesserebbe secondo Winkler alla 26.ª settimana, onde, poichè la formazione ossea riceve al 3.º mese un'impulso d'attività che va diminuendo fino al 7.º mese per poi ricominciare a questo momento fino alla nascita e continuare attivamente nei primi mesi della vita extrauterina, si deve ammettere che « l'acondroplasia è una distrofia speciale che si accompagna alla prima *poussée* osteogenica. » (Porak).

Riguardo alla causa determinante il deturpamento degli arti, non riesce in oggi ammissibile l'ipotesi di Depaul, di un'irregolare depositarsi delle materie che danno alle ossa la loro forma e la loro solidità normale, e neppure regge l'altra dell'ineguale sviluppo delle diverse parti del medesimo osso, poichè nè il processo morboso delle cartilagini può estrinsecarsi siffattamente nei suoi effetti, nè così riesce spiegabile la costante simmetricità delle lesioni. Queste devono bensì rimontare ai momenti originarii dell'ossificazione, poichè altrimenti non si comprenderebbe bene perchè, proprio là ove si produce la curvatura, l'osso sia più compatto e più solido, ma sono da ascriversi esclusivamente all'azione muscolare, già invocata dal Kehrer a spiegazione della viziatura pelvica (1).

La rachitide micromelica è una forma che ben raramente si osserva nel feto, tanto che non potrei raccoglierne una ventina di casi dalle memorie sin qui citate, nè io ho fatto speciali ricerche bibliografiche per mettere insieme una numerosa casuistica, ma però alle osservazioni riferite dagli stranieri vorrei se ne aggiungesse qualch'una raccolta fra noi. Ricorderò quindi che il Sangalli (2) descrisse lo scheletro di un bambino nato verso il termine e che offre leggier aumento di volume del capo, tronco più breve dell'ordinario, ossa cilindriche dalle estremità notevolmente più corte, un po' più grosse della norma ed assai contorte, ma che « *segno di rachitide non presentano per certo.* »

Altezza dello scheletro	cent. 27. 0
Lunghezza omeri	» 2. 5

(1) *Archives für Gynaek.*, 1873, Bd. V.

(2) G. SANGALLI. « La scienza e la pratica dell'anatomia patologica. » L. I, 1876.

Lunghezza	ulne	»	2. 7
»	femori	»	2. 4
»	tibia	»	2. 0
»	colonna vertebrale	»	12. 5

Scapole ed ossa del bacino poco sviluppate.

Ed il Taruffi (1) riferì un caso d'alterazioni scheletriche multiple e svariate, per lui non imputabili nè a sifilide nè a rachitismo, e che ponno essere interpretate quale conseguenza dell'acondroplasia irregolarmente esplicatasi per intensità nei diversi punti dello scheletro. Il Sangalli inoltre descrisse succintamente due scheletri di micromeli, uno dei quali microcefalo, che molto probabilmente appartengono alla categoria degli acondroplasici. In vero negli adulti le ossa delle membra non presentano incurvature anormali, oppure queste sono poco importanti, perchè i feti che hanno sopravissuto erano probabilmente poco colpiti dalle lesioni, e perchè spesso la faccia interna dell'osso è assai poco modificata e la curvatura è solo della faccia esterna, e quindi per il fatto dell'accrescimento, l'angolo del quale già feci parola, si rende smusso e la deformazione dell'osso diviene insensibile. Ne consegue che negli adulti caratteristica dell'alterazione è « la brevità e la larghezza del palmo della mano e della pianta dei piedi, e la brevità più o meno marcata della dita maggiormente eccentuata alle mani che ai piedi. Le articolazioni, in particolare quelle del cubito e sopratutto del ginocchio sono assai voluminose (2). » Ed appunto il Sangalli parla oltre che della brevità degli arti, anche di siffatte particolarità delle mani e dei piedi e delle articolazioni.

I disturbi della nutrizione colpiscono non solo il feto, ma modificano le funzioni dell'uovo e così spesso si segnalò l'idramnios e l'interruzione prematura o precoce della gravidanza è la regola. La distrofia non agisce solo sul sistema osseo, ma anche sulla nutrizione generale dell'individuo, onde una vitalità debolissima, insufficiente e ben spesso la morte, e si accompagna in alcuni casi con serii disturbi del sistema nervoso come ad esempio coll'idrocefalia. La malattia presenta del resto

(1) *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna.* N. 3-4, 1886.

(2) Porack. Loco citato, pag. 61.

gradi variabili ed essendo talora poco accentuata ben si comprende come la vita extrauterina sia possibile. Trattasi di un disturbo dell'evoluzione o di una malattia?

Vi è luogo a discutere sull'influenza dell'eredità, della gemellarità, della sifilide, dell'alcoolismo e delle privazioni subìte dalla madre durante la gravidanza, ma solo la prima è indicata nei casi di Ribemont e di Lauro (?), e la seconda in quelli di Klein e Romberg, e le altre non sono invece punto provate. In questo nostro caso troviamo due altre speciali circostanze, cioè la successione di gravidanze d'uova malate, o se mi è lecito di così chiamarla, una specie di tendenza alla produzione di esseri mostruosi, inquantochè il parto antecedente fu di un feto mancante di un'arto inferiore, e la formazione dell'eccessiva raccolta amniotica, così rapida da meritare il nome d'idramnios acuto, avendo in quindici giorni circa raggiunto il liquido amniotico la quantità di cinque litri.

Al prof. Mangiagalli che ognora mi fu largo di consigli e di insegnamenti e che mi permise d'occuparmi di questo interessante caso, esprimo la mia viva riconoscenza.

TRADUZIONI

Sul vomito incoercibile durante la gravidanza

RACCOLTA ED ANALISI DI CASI

con note sul trattamento

PEL

Dott. GRAILY HEWITT, F. R. C. P., F. R. S. Ed.

Professore emerito di ostetricia nel Collegio dell'Università,
Ostetrico consulente all'Ospedale del Collegio dell'Univ. — Ex-presidente della Soc. Ostetrica di Londra
Membro onor. della Soc. Ginec. americana — Membro onor. della Soc. Ostetr. di Berlino e Boston.
Membro del Collegio Med. Chir. di Filadelfia.

PRIMA VERSIONE ITALIANA DEL DOTT. **Costantino Scuderi.**

PREFAZIONE.

Fin oggi è stato dimostrato come ci sia una grande difficoltà nella spiegazione di quel fenomeno ch'è costituito da quella grave forma di vomito che suole accompagnarsi alla gravidanza. Pure la soluzione di tale difficoltà deve considerarsi di grande importanza ove si tenga presente che: — 1) La malattia raramente non è grave nei suoi effetti, impedendo la conveniente nutrizione del corpo poichè priva l'organismo del cibo necessario, e dando origine a disturbi ed alterazioni di vario genere; 2) Che essa è, spesso, anche fatale per la paziente; 3) Che qualche volta essa rende necessario di porre fine alla vita del bambino non ancor nato, per salvare la vita della madre; 4) Che quest'ultimo intento non sempre, ciò malgrado, si ottiene, poichè l'operazione necessaria per la distruzione e l'estrazione del bambino non è affatto priva di pericolo per la madre; 5) Che anche quando la gravidanza è portata a termine, la paziente può restar vittima del male, probabilmente a causa della protratta inanizione e debolezza, dovute alla lunga durata del vomito.

La base del seguente lavoro è stata una memoria presentata dall'Autore due anni fa alla Società Ginecologica Americana. Esso contiene una raccolta, la maggior parte in succinto, di casi autentici di vomito incoercibile durante la gravidanza che sono stati riferiti da varie autorità durante gli ultimi venti o venticinque anni, allo scopo di disporre i dati ed i casi valevoli in maniera tale da facilitare delle giuste deduzioni riguardo alla natura e al trattamento dell' affezione. Per ciò che concerne i casi dati in succinto, si è avuta gran cura di dare un resoconto accurato e non pregiudicato di essi. I casi in cui lo stato dell'utero non fu osservato o descritto, sono stati generalmente omessi.

Alcune conclusioni intorno alla natura ed alla causa del vomito incoercibile durante la gravidanza pare che possano trarsi dall'analisi dei casi e dalle osservazioni qui registrate. L'autore osa sperare che queste conclusioni siano conformi alla storia naturale dell' affezione com'è illustrata dai casi riportati, e che saranno giustificate dalla riuscita dei metodi di trattamento su di esse basati.

36, Berkeley Square, Novembre 1890.

Vomito incoercibile durante la gravidanza.

OSSERVAZIONI PRELIMINARI SULLA GRAVIDANZA ACCOMPAGNATA DA NAUSEA E VOMITO.

La gravidanza ordinariamente si accompagna con un maggiore o minor grado di nausea, e nausea e vomito. Quindi questi sintomi molesti sono stati considerati come accompagnamento necessario della gestazione uterina. D' altra parte, è un fatto indubitato che la gravidanza non è assolutamente sempre associata a vomito. Un'autorità alta come quella di Montgomery afferma ch'egli ha veduto molti casi in cui le donne sono state del tutto esenti da quest'affezione in parecchie gravidanze successive, che hanno portato a termine benissimo, ed hanno dato alla luce bambini forti e sani (1).

Tali casi eccezionali di gravidanza normale senza vomito fanno concludere necessariamente che il vomito non è un accompagnamento fisiologico o necessario della gravidanza. Un'altra deduzione ne segue, che il vomito, quand'esso avviene, è di carattere patologico, e che dev'esserci tra una donna che ha una gravidanza patologica ed una che resta libera dal vomito, quantunque gravida, qualche differenza notevole e speciale.

(1) « Esposizione dei segni e sintomi della gravidanza. » Pag. 97.

Come più ordinariamente si osserva, la nausea ed il vomito si manifestano durante la prima metà della gravidanza, cominciando durante le prime due o tre settimane, e diminuendo od estinguendosi man mano che l'utero diventa organo addominale, fatto che ordinariamente ha luogo a circa quattro mesi di gestazione. La nausea ed il vomito possono, tuttavia, insorgere fin dal primo giorno della gravidanza, e possono prolungarsi, in casi eccezionali, durante l'intiera gravidanza. Vi sono alcuni pochi casi, ancora, in cui sono stati osservati per la prima volta durante la metà degli ultimi mesi.

Di 43 casi ricordati da Guéniot:

in 9 il vomito cominciò nelle prime settimane,
in 15 alla fine del 1° mese,
in 9 ad 1 mese e mezzo,
in 5 dal 2° al 3° mese,
in 1 dal 3° al 4° mese,
in 2 dal 4° al 5° mese,
in 2 dal 6° al 7° mese.

In 23 casi fatali la durata fu di tre mesi. In 13 guarigioni la durata media fu di tre mesi e pochi giorni (1).

L'intensità della malattia e del vomito varia eccessivamente. Essa può esser limitata a quel che chiamasi vomito mattutino, che si manifesta solo una volta o due quando la paziente si sveglia o si alza dal letto, o mentre fa colazione, lasciandola libera durante il resto del giorno; o può essere molto grave — tanto che l'introduzione del cibo è pressochè, o a volte anche assolutamente, impossibile: dopo pochi giorni la paziente cade in un grave stato di prostrazione ed emaciazione; si manifestano ripetuti attacchi di vomiturazioni di carattere molto doloroso, anche quando non si tenta di dare alcun nutrimento. L'intensità del male può esser tale che la paziente muoia di esaurimento ed inanizione, a meno che naturalmente od artificialmente l'utero sia vuotato. I casi molto gravi e pericolosi non si hanno molto frequentemente. Nell'anno 1852, nondimeno, Dubois, innanzi all'Accademia Francese di Medicina, affermava che in tredici anni egli aveva visto 20 casi fatali.

È detto da Anquetin (1865), che per la prima volta nel 1813 il dott. Simmons, di Londra, provocò il parto prematuro come il solo mezzo per arrestare il vomito. Nel 1827, Dance descrisse 2 casi fatali, dando un resoconto dello stato dell'utero

(1) Guéniot. Thèse de Paris, 1863.

dopo la morte. Da quel tempo la possibilità che si manifestasse una forma pericolosa di vomito durante la gravidanza è stata largamente riconosciuta.

Fra i casi lievi ed i gravi di vomito della gravidanza vi sono molte gradazioni d'intensità, ma la sola differenza tra i sintomi osservati pare che sia solo di grado. Dando uno sguardo alla relazione dei casi, è facile riconoscere, dalla identità dei sintomi, la presenza di una malattia; sicchè se ne trae inevitabilmente la conclusione che la malattia è quasi simile nei casi gravi e nei meno gravi di vomito della gravidanza. Quindi, come ha detto Anquetin alcuni anni fa, ogni teoria proposta come spiegazione dei casi gravi deve aver valore ancora per i fenomeni osservati tanto nei casi lievi che nei gravi di vomito.

Un particolare notevole riguardo al vomito grave della gravidanza è la rapidità con cui, in alcuni casi, il vomito cessa, senza apparente causa sufficiente. Ciò qualche volta ha prodotto una fatale speranza nelle risorse della natura. La rapida guarigione naturale è più facile che avvenga quando la paziente si avvicina alla metà della gravidanza.

I risultati fatali del vomito grave nella gravidanza sono evidentemente dovuti all'inanizione: la paziente non solo è privata del cibo, poichè questo è immediatamente ricacciato dallo stomaco dopo essere stato ingerito, ma vi è una rapida emaciazione, che dimostra una continua perdita progressiva della sostanza dei tessuti, che colpisce l'intiera loro struttura. La quantità del liquido vomitato è spesso assai grande. Qualche volta vi è diarrea, e ciò contribuisce all'aumento delle perdite. Le forze corporee sono diminuite terribilmente nei casi peggiori, ciò ch'è dimostrato dal fatto che la morte può sopraggiungere continuando il vomito sino alla fine. La morte può anco aversi ulteriormente, quando il vomito è stato realmente guarito, in seguito alla intensità della prostrazione prodotta dal vomito che per lungo tempo è durato.

Varie spiegazioni sono state date sul fenomeno del vomito nella gravidanza. Queste differenze di opinioni sul riguardo sono rappresentate dalle differenti espressioni usate nella descrizione e nella classificazione della malattia. Così, noi abbiamo il vomito semplice, o lieve, o fisiologico, o mattutino; il grave, l'incoercibile, il pernicioso. Queste espressioni implicano differenti teorie intorno alla natura di questa affezione.

I casi di vomito durante la gravidanza vanno propriamente classificati in due divisioni.

1. Quelli in cui il vomito è dovuto a qualche malattia o stato patologico assolutamente distinto dalla gravidanza. Il vomito che si manifesta in queste circostanze è indipendente dalla gravidanza, quantunque sia possibile ch'esso venga intensificato da questa: vomito *nella* gravidanza.

2. Quelli in cui il vomito è prodotto, o dipende direttamente, dalla gravidanza: vomito *della* gravidanza. Anquetin nel suo pregievolissimo lavoro ha

raccolto un certo numero di casi, che saranno ora menzionati, in cui il vomito che si manifestava durante la gravidanza fu trovato connesso a lesioni di varii organi del corpo oltre che l'utero. Mac Clintock, e, più recentemente Mathews Duncan, sostengono la necessità di distinguere i casi in due categorie, secondo che alla gravidanza sia dovuta o non la produzione del vomito.

I.

Vomito nella Gravidanza — Enumerazione di casi.

La serie dei casi che saranno ora enumerati è costituita da quelli in cui è stato trovata qualche lesione all'esame necroscopico, considerata dal relatore del caso come sufficiente alla produzione del vomito, senza bisogno di ricorrere all'idea che il vomito fosse dovuto semplicemente alla gravidanza.

La tavola seguente, che, probabilmente, non è completa, contiene 24 casi in cui, colla dimostrazione patologica o altrimenti, può concludersi che il vomito non fosse realmente dovuto alla gravidanza *per sè*.

Quanto a questi casi, è da notarsi che non da tutti può trarsi una conclusione evidente per dimostrare che le lesioni menzionate: gastrite cronica (1 caso), congestione e rammollimento dello stomaco (1), iniezione della membrana mucosa gastrica (? 3), ed altre nella lista possono essere accettate come cause dell'esito fatale. Potrebbe aggiungersi che, per quanto concerne le alterazioni gastriche, probabilmente le lesioni gastriche possono essere state più un effetto che una causa del vomito. Io ho veduto casi di vomito in cui non vi era gravidanza, ma nei quali il vomito era senza alcuna discussione uterino, e nei quali il vomito continuato dava origine qualche volta ad ematemesi, che apparentemente era un risultato meccanico del frequente sforzo a vomitare, nei quali, probabilmente, lo stomaco avrebbe, all'esame necroscopico, mostrata un'iniezione della membrana mucosa che lo rivestiva.

(1) Per quanto riguarda l'enumerazione dei casi inclusi in questo lavoro, io ho trovato conveniente di numerarli tutti consecutivamente. La raccolta dei casi qui adottata, per quanto naturale io abbia potuto farla, è necessariamente arbitraria. L'ordine di numerazione in ciascun gruppo separato è in massima parte cronologico.

GRUPPO *A*. — **Vomito grave nella gravidanza. — Casi fatali. — Autopsia. — Lesioni non uterine. — Scoperte.**

Num.	AUTORE	LESIONE: stato dell'utero non descritto
1	VALLEIX, da Anquetin, « Des vomissement incoërcibles pendant la grossesse. » *Rev. Méd.*, 1865 . . .	Gastrite cronica.
2	TAURIN, *ibid.*	Congestione e rammollimento dello stomaco.
3	DUBOIS, *ibid.*	
4	CHOMEL, *ibid.*	Congestione e rammollimento dello stomaco.
5	SANDRAS, *ibid.*	
6	DEPAUL, *ibid.*	Cancro del piloro.
7	PIPELET, *ibid.*	Ernia epigastrica.
8	LANCEREAUX, *ibid.*	Atrofia dei muscoli, ecc.
9	TROUSSEAU, *ibid.*	Indurimento scirrotico vicino al piloro.
10	SCHUTBACH, *ibid.*	Tumore vicino al piloro, ulcerato.
11	SCHILACHIGLA, *ibid.*	Tubercolosi del polmone.
12	RAYER e DEPAUL, *ibid.*	Tubercolosi del cervello.
13	SANDRAS, *ibid.*	Alterazione delle glandole mesenteriche.
14	BLOT, *ibid*, ...	Alterazione delle ghiandole dell'epigastrio.
15	CHOMEL, *ibid.*.	Degenerazione grassa del fegato.
16	TAURIN, *ibid.*.	Calcoli biliari.
17	LOBSTEIN, *ibid.*	Congestione dei ganglii semilunari del plesso solare.
18	SANDRAS, *ibid.*	Congestione delle meningi.
19	BURNS, *ibid.*	Incuneamento di calcolo biliare.
20	HARRINSON, Lettera all'Autore . .	Malattia delle capsule surrenali.
21	MATTHEWS DUNCAN. Lezioni sulle malattie delle donne	Ittero grave.
22	HORROCKS, *Brit. Med. Jour.*, 4 Luglio, 1885	Carcinoma encefaloide primario del fegato.
23	HORWITZ, *Ztschr. f. Geb. und Gyn.*, 1883	Produzione polipoide delle intestina.
24	JAGGARD, *Ann. Gyn. Trans.*, 14, p. 457.	Gastro-enterite.

Vi sono casi in questa tavola di presenza di cancro al piloro o alle sue vicinanze, tubercolosi del cervello, degenerazione grassa del fegato, incuneamento di calcolo biliare, ecc., nei quali il vomito era forse direttamente spiegato dalla presenza delle lesioni cennate.

La maggior parte dei casi raccolti nella precedente categoria sono tolti dal trattato di Anquetin; io ho raccolto pochi casi addizionali. Fra i casi addizionali ve n'è uno del dott. Matthews Duncan in cui la malattia della paziente è descritta come ittero grave. Questo caso è il più importante, essendo stato posto da

quella eminente autorità come base di una generalizzazione sul vomito della gravidanza che richiede un esame e una discussione particolare.

Il dott. Matthews Duncan descrivendo il vomito della gravidanza dice che esso consiste di due specie almeno:

1. La forma ordinaria, che quasi sicuramente è il risultato di una morbosa innervazione, tanto se sia una sensazione riflessa o un movimento riflesso, o il risultato di una secrezione riflessa. Spesso è molto grave, qualche volta forse anche fatale. Si arresta quando il feto muore, o per l'aborto, o pel parto, a termine. Non c' è alcuua grave alterazione, ma la nutrizione è deficiente.

2. Il vomito pernicioso, intorno a cui le nostre conoscenze sono estremamente imperfette; di questa malattia il dott. Matthews Duncan cita un caso.

Caso 21. Matthews Duncan, *Lezioni sulle malattie delle donne*, III edizione, p. 295.

La paziente, dell'età di 34 anni, era gravida per la seconda volta. La prima gravidanza finì con un aborto dopo il secondo mese, epoca in cui ebbe l'itterizia. La malattia attuale incominciò cinque settimane prima della sua ammissione in clinica; sintomi, vomito e cefalalgia. In questo momento si ha vomito grave ed itterizia. Itterizia generale, non leggiera; ha avuto delirio vagante. Bile nell'urina; albumina un quinto; depositi. Singhiozzo; stato vagante, sonnolento. Ventun giorno dopo la sua ammissione fu introdotta una tenta e lasciata per sedici ore. Il giorno dopo, fu introdotta una seconda tenta, con una spugna per trattenerla; somministrazione di ergotina. Morì quel giorno. Fegato, 2 libbre e 2 oncie; piccolo, molle in parte, a superficie verde; colorito bruno, alla sezione; lobuli non visibili, enfisematoso. Reni flaccidi, congesti. Feto decomposto di sei settimane nell' utero. Giudicata gravida da tre mesi.

Il dott. Matthews Duncan considera questo come un caso di ittero grave, prima chiamato atrofia gialla del fegato. Egli afferma che i fisiologi hanno recentemente scoperto che nella gravidanza normale si ha uno stadio iniziale di questa malattia. Le grosse glandole del corpo, specialmente il fegato, vanno soggette nella gravidanza normale e nell'allattamento normale ad un certo grado di degenerazione parenchimatosa. Questo è il primo stadio della suaccennata grave malattia. I grandi sintomi dell' ittero grave sono delle convulsioni speciali, itterizia, ed emorragia. Il vomito non è sempre presente, nè la nausea, quantunque generalmente entrambi sono ben manifesti.

Insieme al caso del dott. Matthews Duncan può essere citato il seguente:

Caso 25. Roughton, *Lancet*, 5 settembre, 1885.

Una giovane donna, dell'età di 20 anni, aveva grave vomito della gravidanza come pure leggiera itterizia. Due giorni dopo la sua ammissione, accesso nervoso con grida e movimenti delle braccia, simile più ad un accesso isterico che ad una

convulsione epilettica. L'accesso si ripetè tre volte, seguito da uno stato di semidelirio. Aborto provocato il giorno appresso. Esito favorevole.

È detto che l'utero era normale. L'autore arguisce, sulle stesse basi del dott. Matthews Duncan, che nella gravidanza normale è stato recentemente dimostrato che le grosse glandole vanno soggette ad un intorbidamento quasi identico al primo stadio della malattia di Bright e dell'atrofia gialla acuta del fegato. Secondo che questa alterazione progredisce quindi nei reni o nel fegato, noi abbiamo l'eclampsia o il vomito pernicioso della gravidanza. Nel caso del dott. Roughton, siccome la paziente guarì, non ci fu esame microscopico, e per conseguenza, la diagnosi non fu verificata.

Qui dovrebbe accennarsi che in un articolo molto interessante recentemente pubblicato, Lomer (1) discute l'argomento dell'ittero delle gravide e dell'atrofia gialla acuta del fegato. Quanto al rapporto che lega l'atrofia gialla acuta del fegato coll'ittero delle gravide, vi sono, secondo Lomer, tre opinioni: 1. Che esso sia il risultato di una infezione generale. — 2. Che esso sia un'affezione primaria essenziale del fegato. — 3. Che la malattia sia prodotta dall'ittero, e che sia assai simile all'avvelenamento per fosforo. Thierfelder trovò che, di 143 casi di atrofia gialla acuta del fegato, 30 erano donne gravide. Quanto alla frequenza assoluta di tali condizioni, Spaeth la trovò una volta in 16,502 donne gravide. Egli trovò l'ittero solo tre volte in 14,061 donne gravide. Kerksig, nel 1704, descrive una epidemia di ittero che colpì 70 pazienti, di cui 5 erano gravide; 3 abortirono, e due morirono. Carpentier vide un'epidemia, a Roubaix, che era solo pericolosa per le donne gravide. Bardinet cita un'epidemia a Limoges che colpì 13 donne gravide, di cui 3 morirono con delirio e coma. La malattia colpiva anche gli altri: ma nel caso delle gravide era eccezionalmente grave. Lomer dice che il sintomo più saliente in questa epidemia era un ittero catarrale, spesso fatale nelle gravide. Frerichs crede che l'ittero sia l'inizio dell'atrofia giallo-acuta del fegato. Lomer dice che dev'essere qualche cosa più che una semplice ritenzione di bile la quale dia origine ai gravi effetti che si osservano nelle donne gravide. Egli aggiunge che la spiegazione probabilmente è da cercarsi nell'alterato rapporto degli scambi nutritivi nella gravidanza, e che nelle gravide vi è un'eccezionale suscettibilità alle influenze velenose. Gli acidi biliari passando nel sangue agiscono differentemente nelle donne gravide, e così se ne spiega l'effetto. Gli acidi biliari sono, dice Lomer, capaci, come il fosforo, di produrre la disgregazione dei corpuscoli sanguigni.

---

(1) « Ueber die Bedeutung des Icterus Gravidarum für Mutter und Kind. » *Zeitschr. für Geb. u. Gyn.*, XIII, Bd. I, Heft. S. 169.

È evidente che la malattia di cui parla Lomer ha un carattere ben distinto poichè colpisce tanto uomini quanto donne, ma che riesce spesso fatale alle donne nello stato di gravidanza.

Quanto alla presenza del vomito nei casi di ittero con atrofia gialla acuta del fegato, il vomito ripetuto, secondo Frerichs, si è osservato ordinariamente. Il periodo in cui ordinariamente la malattia comincia più di frequente è, dice Frerichs, dal terzo al sesto mese; qualche volta è il settimo.

L'ittero grave, com'è descritto dal dott. Duncan, è un'affezione rara, in cui com'è detto nella sua opera, il vomito non è costante, differendo essenzialmente dai casi in cui s'osserva il vomito grave, e pare che non ci siano buone ragioni per adottare la generalizzazione presentata dal dott. Matthews Duncan, cioè, che l'ordinario vomito grave della gravidanza abbia per suo fondamento una lieve forma di quella malattia nota come ittero grave.

Caso 23. Horwitz, *Zeitsch. f. Geb. and Gyn. 1883* (Caso V. della sua serie)

Età 29 anni. Ha avuto cinque parti naturali. Il vomito si manifestò crescendo subito, e tosto divenne grave (pernicioso), accompagnandosi a diarrea. Nell'ipocondrio destro c'è un tumore, 06 × 02 — 03, leggermente mobile, duro, indolente. Corpo dell'utero al lato sinistro, e di un volume corrispondente a quello di una gestazione di otto mesi. Il parto avvenne due giorni dopo l'ingresso all'ospedale, neonato vivo. Morte tre giorni dopo per esaurimento, con sintomi di febbre puerperale.

Post mortem. Lo stomaco si trovò inspessito, due tumori del volume di una noce all'estremità cardiaca; l'intestino crasso presentava un gran numero di polipi peduncolati, lunghi due o tre pollici, di colorito bigio, del volume di una noce o di un uovo di colomba, più grandi specialmente nel colon discendente e nella flessura sigmoide. Membrana mucosa dell'intestino tenue molto ipertrofica.

Caso 24. Jaggard, *Am. Gyn. Fr.*, 14, p. 457.

Primipara 31. Vomito pernicioso sviluppatosi durante la seconda metà della gravidanza. Aborto spontaneo al sesto mese; guarigione. Causa adiuvante probabile del vomito, gastro-enterite.

Quando era gravida di cinque mesi, ebbe un attacco di gastro-enterite acuta per aver preso un litro di latte freddo dopo un digiuno di ventiquattro ore ed essendo molto stanca dopo una lunga passeggiata. Si ammalò gravemente, ed il vomito incoercibile le si manifestò. Mai vomito precedemente. Aborto naturale a sei mesi. Un particolare di questo caso era la presenza dell'itterizia, che era dovuta, crede l'autore, alla duodenite e che forniva un esempio di ittero semplice catarrale.

I casi che seguono sono casi di una emozione o impressione forte che produsse il vomito incoercibile nella gravidanza, non menzionati nella Tavola *A*,

poichè essi vanno in una categoria piuttosto differente, e non ci fu esame microscopico:

Caso 26. Barnes, *Obstetric. Medicine and Surgery.* D. R. Barnes. Londra, 1884, p. 304.

Barnes cita i seguenti casi di vomito incoercibile prodotto dall' *emozione*: Uno, una signora che, gravida per la quinta volta, dovette provare ad un mese di gravidanza gravi dispiaceri di famiglia, tornata a casa sfinita, fu presa da vomito continuo, e morì in pochi giorni. Egli ha veduto altri casi provocati da una grave scossa mentale, terminantisi pure fatalmente, malgrado la provocazione dell'aborto.

Caso 27. Barnes, loc. cit.

In un altro caso il vomito irrefrenabile si manifestò tra il secondo e terzo mese: suo marito commise un omicidio e si suicidò, ed ella si trovò in seguito sifilizzata. Ella chiedeva che fosse provocato l'aborto: questo non fu fatto, e la paziente morì in una settimana per esaurimento.

Altri esempi dell' influenza di quello che può chiamarsi una causa generale per il vomito citati dal dott. Barnes sono la *febbre ricorrente*, la *tosse convulsiva* e l'*alcoolismo*, ch' egli ha veduto atti a produrre vomito grave nella gravidanza. Il dott. Barnes cita ancora l'*albuminuria*, che si dice osservata in simili casi per la prima volta da Sir. J. Simpson. In quanto all' albuminuria, pare probabile, tuttavia, ch'essa sia più un'effetto che la causa della malattia, quantunque la malattia di Bright in una donna gravida possa concepibilmente produrre o intensificare il vomito ad un grado massimo. Horwitz, di Pietroburgo, al cui lavoro sul vomito incoercibile della gravidanza io accenno in questo momento, crede che l'albuminuria sia il risultato dell' inanizione che si ha nei casi gravi. Egli cita le osservazioni di Manassein — il quale scoprì che negli animali sofferenti per fame si trova sempre l'albumina nell'urina — intorno a tale questione; ma pare che ci siano conclusioni contradditorie per dimostrare se l'albumina si osservi o no costantemente nei casi di vomito ostinato durante la gravidanza.

Mayo Robson (*Brit. Med. Journ.*, 1889) cita un caso di ernia strozzata durante la gravidanza che produceva il vomito grave, sì da essere creduto vomito dovuto alla gravidanza.

(Continua).

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Il cloroformio contro l'albuminuria gravidica.

A. W. Griggs considera il cloroformio quale un' ottimo rimedio contro l'albuminuria della gravidanza, e lo amministra a dosi progressivamente crescenti, di 10 - 12 goccie, quattro volte al giorno. Mescolato con qualche cucchiaio d'acqua, lo si inghiottisce trattenendo il respiro e di poi si fa una profonda espirazione per cacciare i vapori dalla bocca e dalla laringe. La cura deve essere continuata fino alla completa scomparsa dell'albumina, aumentando la quantità del cloroformio se essa cresce e viceversa. L'A. afferma che il farmaco non solo fa sparire l'albuminuria e diminuire gli edemi, ma anche migliora la nutrizione generale.

Minaccia d'aborto.

Cloralio idrato gr. 0. 60.
Estratto fluido di viburnum goccie 10.

Supposte per cancro d'utero.

Iodoformio . . . . . gr. 1. —
Estratto d'oppio . . . . . » 0.50

Essenza di menta o di bergamotto goccie 10.
Burro di cacao gr. 10.
F. s. a. supposta da introdurre in vagina.

Pomata per le efelidi delle gravide.

Burro di cacao . . . } ana gr. 75
Olio di ricino . . . }
Ossido di zinco . . . . . gr. 0. 30
Precipitato bianco . . . . . » 0.12

Essenza di rose q. b. m.
Fare mattina e sera un' applicazione locale di questa pomata.

Caso di orticaria menstruale guarita colla castrazione.

Una donna trentenne affetta da ovaro-salpingite bilaterale, d'origine gonorroica soffriva all'epoca menstruale violenti dolori nel ventre e presentava eruzione d'orticaria diffusa a gran parte del corpo. Dopo l'esportazione delle ovaie e delle trombe non riapparvero, nè le regole, nè i dolori, nè l'orticaria e la paziente ricuperò salute florida.

La tintura di iodio contro i vomiti.

Si prescrivono dieci goccie della tintura in 125 gr. d'acqua, da prendersi in tre volte dopo i pasti. I pazienti bevono volontieri questa medicina che produce nello stomaco una sensazione di calore, uguale a quella che segue l'ingestione di liquore alcoolico. Il solo inconveniente è la possibile insorgenza di qualche fenomeno di iodismo. Rimarchevoli vantaggi si ottengono pure nei vomiti dei tisici, della gastrite alcoolica, dell'ulcera, delle clorotiche e delle gravide.

Il naftolo contro lo spasmo vescicale.

Una donna di 34 anni che dall'infanzia soffriva di incontinenza d'orina, senza sofferenze e lesioni locali, e che, obbligata a levarsi di notte ad ogni momento per emettere poche goccie, espelleva tre pinte d'orina nelle 24 ore, era da un'anno tormentata da tosse di carattere nervoso ribelle ad ogni trattamento. L'uso giornaliero di due capsule di naftolo e le polverizzazioni laringee collo stesso rimedio vinsero e la tosse ed i disturbi vescicali.

I tamponi di glicerina contro il vomito della gravidanza.

Già da tempo Cheron ha preconizzato questi tamponi nella gravidanza accompagnata da dolori, nell'intento di attutire i riflessi che hanno punto di partenza dall'utero gravido. Kirkpatrick in un caso di vomito incurabile ottenne con questo mezzo grandissimo miglioramento.

Valore dell'antipirina come analgesico durante e dopo il parto.

Secondo I. Philips l'antipirina deve essere amministrata alla dose di 75 cent. durante il periodo dilatante e nelle primipare. La sua azione non è fedele, ma tuttavia è più utile durante il periodo espulsivo ed in alcuni casi anche dopo il parto. L'antipirina non modifica le contrazioni uterine, ed ha le indicazioni di un'analgesico più utile nei soggetti nervosi che negli altri.

Cura della stitichezza nelle gravide.

Braun raccomanda fra i purganti, l'aloe in pillole, l'infuso di senna, oppure

Infuso di rabarbaro al 10 0[0 . .	gr.	100
Carbonato di magnesia	»	10
Sciroppo di manna	»	25

Un cucchiaio ogni ora, od anche

Solfato di soda	gr.	25
Acqua distillata	»	100
Sciroppo	»	20

Un cucchiaio ad ogni ora.

Se alla stitichezza è unita l'iperacidità gastrica, più utile riesce la pozione:

Magnesia calcinata	gr.	10
Acqua distillata	»	200
Sciroppo di manna	»	25

A cucchiai, d'ora in ora, sino ad effetto purgativo.

Topico contro il cancro uterino.

Applicare sul cancro ulcerato dei piccoli batuffoli impregnati nella soluzione.

Bromo . . . . . gr. 2
Alcool puro . . . . . » 10

e lasciarli in posto, proteggendo le parti sane con tamponcini spolverati di benzoato o di carbonato di soda. Narcotici per combattere l'insonnia ed i dolori. Disinfezione della vagina con soluzione di cloruro di calce al 2 0[0 — 8 0[0.

L'Aristolo nella cura delle ragadi della mammella.

Il dott. Vinay usa la seguente preparazione:

Aristolo . . . . . gr. 4
Vaselina liquida . . . . . » 20

Le ulcerazioni risiedono o alla base od all'estremità libera del capezzolo, e quest'ultima varietà è più dolorosa, più grave e s'accompagna spesso a sfacelo dell'organo ed è punto di partenza della maggior parte degli ascessi della mammella. L'azione essicante dell'aristolo, che deve almeno nei primi giorni essere applicato dopo ciascuna poppata, si fa sentire presto: i dolori diminuiscono tosto e la cicatrizzazione appare per lo più al quarto giorno. Usare altresì il capezzolo artificiale.

Effetti dell'acido salicilico sull'utero.

Parecchi medici hanno indicato che l'acido salicilico per effetto della paralisi vascolare che induce, provoca spesso delle emorragie uterine, ed in caso di gravidanza, l'aborto. Wacker usando questo farmaco vide abortire due gravide al secondo ed al quarto mese, in sei puerpere osservò metrorragia, che in un caso fu letale, e nelle dismenorree (19 casi sui 33) ottenne risultati favorevoli consistenti nella cessazione dei dolori e nell'aumento del flusso. Linhart curò col salicilato una donna affetta da reumatismo articolare, nella quale l'amministrazione del rimedio provocava mestruazioni copiose e dolorose ed avvicinate. L'associazione dell'ergotina al preparato salicilico ovviò completamente a tali gravi inconvenienti.

Cura della peritonite tubercolare colla puntura evacuatrice seguita da lavatura.

In oggi si consiglia di aprire il cavo peritoneale e di lavarlo, ma forse si possono avere gli stessi risultati anche senza la laparotomia. Debove in un caso assai grave usò questo metodo, e dopo due mesi si poteva credere alla guarigione.

BIBLIOGRAFIA

F. La Torre. — **Il mio primo anno di pratica ostetrico-ginecologica a Roma.** — Bergamo, Stabilimento tipo-litografico Bolis, 1891.

L'autore, già noto per molte pubblicazioni nel campo ostetrico e ginecologico, dopo lunghe peregrinazioni all'estero, ha posto la sua dimora in Roma, fondandovi un istituto ostetrico-ginecologico privato. Il rendiconto che ora presenta riassume appunto la sua pratica civile ed ospedaliera, illustrando quanto ebbe ad osservare di più importante. Per ora ci presenta riunita in un vol. di 279 pag. soltanto la parte ostetrica. Sono 32 le osservazioni riportate in extenso ed ognuna di queste porge occasione all'autore di fare considerazioni pratiche, di istituire raffronti, di svolgere per alcune di esse importanti argomenti con molta dottrina. Il volume è ornato di quindici bellissime tavole destinate specialmente ad illustrare un caso di sviluppo notevole di varici nella gravidanza, la polimastia, un caso di bacino spondilozematico.

P. Budin et E. Crouzat. — **La pratique des accouchements à l'usage des sages femmes.** — Paris 1891. Octave Doin, éditeur.

Questo libro ha tutte le qualità di ordine, di chiarezza, di semplicità, di misura che si trovano nei lavori di Budin o in quelli da lui diretti. Dalla parte anatomica a quella legale, non vi ha argomento, che possa interessare la levatrice, che non sia svolto con quella forma scorrevole e piana, che permette di dire con linguaggio proprio quanto havvi di sostanziale, pure tenendo presente che il libro si rivolge alle levatrici, quantunque si possa affermare che anche i medici potranno farne oggetto di lettura proficua. Budin, aiutato dal suo valente collaboratore è riuscito stupendamente a mettere le levatrici al corrente di ogni progresso scientifico, in ciò che havvi di veramente pratico: 116 figure nitide nel testo aumentano il pregio dell'opera. Il trattato di Budin e Crouzat costituisce senza alcun dubbio uno dei trattati migliori per levatrici.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Ottobre 1891. Num. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

OSPEDALE MATERNITÀ ED ESPOSTI DI BOLOGNA

Rendiconto statistico-sanitario
per l'anno solare 1890

COMPILATO DAL

Dott. ERMANNO PINZANI

Libero Docente d'Ostetricia e Clinica Ostetrica e Primario in detto Ospedale.

I. SEZIONE MATERNITÀ.

Nel quadro seguente è riassunto il movimento clinico della Maternità di Bologna durante l'anno solare 1890.

Donne degenti il 1.° gennaio 1890	gravide	N. 11	156
	puerpere	" 1	
Donne ammesse nel 1890	gravide	" 143	
	puerpere	" 1	

Uscirono avanti il parto gravide	N. 5	156
" dopo essersi sgravate nel 1889 puerpere	" 1	
Furono ammesse puerpere	" 1	
Partorirono nel 1890 donne	" 138	
Erano degenti il 31 dicembre 1890	" 11	

Gravidanze normali	N. 101	154
" complicate	" 53	

Aborti spontanei	N. 2	138
Parti prematuri spontanei	» 27	
» » provocati	» 4	
» a termine	» 105	
Parti naturali normali	N. 94	138
Parti naturali complicati	» 15	
» artificiali	» 29	
Parti in gravidanze semplici	N. 136	138
» » composte	» 2	
Puerperi fisiologici	N. 118	140
Puerperi anormali per complicanze non settiche	» 13	
Puerperi anormali » » settiche	» 9	
Casi di morte	N. 0	

Gravidanza.

Delle 154 gravide degenti nell'Ospizio di Maternità durante l'anno 1890, erano:

Primipare	N. 93	154
Pluripare	» 61	

La loro età variava:

Dai 16 ai 20 anni	N. 24	154
» 20 » 25 »	» 63	
» 25 » 30 »	» 45	
» 30 » 35 »	» 11	
» 35 » 40 »	» 8	
» 40 » 42 »	» 3	

Da questo quadro si vede che il contingente più grande viene fornito dalle incinte tra i 20 e i 25 anni.

Le 154 gravide in esame esercitavano le seguenti professioni:

Donne di servizio	N. 69	Braccianti	N. 15
Operaie dell'arsenale militare	» 18	Massaie	» 12

Contadine	N. 10	Stiratrici	N. 3
Cucitrici	» 8	Lavandaie	» 2
Sarte	» 7	Modiste	» 1
Prostitute	» 3	Risaiuole	» 1
Tessitrici	» 4	Filatrici di seta	» 1

Nelle 154 donne di cui è parola, 53 volte si ebbero ad osservare complicazioni nella gravidanza (1 : 2, 91), ed ecco indicate le malattie che la resero anormale:

Sifilide maculosa	in casi N.	1
» papulosa, varici alla vulva, blenorragia vulvo-vaginale	» »	1
» » ulceri molli alla vulva, catarro bronchiale acuto	» »	1
Sifilide latente	» »	10
» » varici agli arti inferiori	» »	1
» » ragadi all'ano	» »	1
» » albuminuria gravidica	» »	1
Processi tisiogeni polmonari	» »	1
Anemia	» »	5
» leucorrea intensa con erosione sul collo dell'utero	» »	1
» idramnio	» »	1
Pleurite acuta	» »	1
Catarro bronchiale acuto	» »	3
Varici agli arti inferiori	» »	1
Edema ai piedi da compressione, fibromi delle mammelle	» »	1
» agli arti inferiori da compressione, leucorrea intensa per vaginite granulosa	» »	1
Insufficienza mitrale	» »	1
Idiotismo	» »	1
Idiotismo, sordità	» »	1
Difficoltà alla digestione con frequenti deliqui	» »	1
Leucorrea intensa da vaginite granulosa	» »	12
Blenorragia vulvo-vaginale	» »	1
Albuminuria gravidica	» »	3
Emorragia da placenta previa	» »	1
Oligoidramnio	» »	1

Parto.

Delle 154 gravide che furono nell' Ospizio di Maternità durante l'anno solare 1890, partorirono solo 138. Fra questi 138 parti, 2 furono multipli e precisamente gemellari, per cui il numero dei bambini nati in detta epoca fu di 140.

§ 1. Parti gemellari.

I. N. 85 del 1889. — Donna II para, di 21 anni, servente. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine, regolare. Ore 4 1[2 di travaglio. Tra l'espulsione del 1.° e quella del 2.° feto passarono 15 minuti. Primo feto in presentazione di V. in posizione di O. I. S. A. Secondo feto in presentazione di N. in posizione S. I. S. A. Due placente distinte, due corion e due amnio. Feti ambedue vivi, di sesso maschile; il primo pesa gr. 2390, il secondo gr. 2780. Puerperio fisiologico. Non fu intrapreso l'allattamento per volontà della donna.

II. N. 109 del 1890. — (Vedi operazioni).

§ 2. Parti avanti il termine fisiologico della gravidanza.

Delle 138 donne che si sgravarono nella Maternità di Bologna durante il 1890, 2 abortirono, 27 ebbero parti prematuri spontanei e 4 subirono l'interruzione artificiale della gravidanza. Riservandomi di parlare di questi ultimi 4 casi a proposito delle operazioni, mi limito ora ad esaminare gli altri 29 casi di aborti o di parti prematuri spontanei (1: 4, 76). I due aborti avvennero nel corso del 6.° mese di gestazione; dei 27 parti prematuri spontanei 3 accaddero nel 7.° mese, 13 nell'8.° e 11 nel 9.° Ecco rappresentate nel quadro seguente le cause, che nei nostri casi valsero presumibilmente ad interrompere la gravidanza:

Sifilide materna	in casi	N. 11
Anemia	»	» 2
Sifilide materna ed albuminuria gravidica	»	» 1
Albuminuria gravidica	»	» 1
Blenorragia vulvo-vaginale	»	» 1
Inserzione anormale della placenta . . .	»	» 1
Fatiche eccessive	»	» 6
Causa ignota	»	» 6

Le donne che spontaneamente partorirono prima del tempo avevano tra i 18 e i 39 anni. L'età era:

Fra i 18 e i 20	anni in	5	donne	Fra i 30 e i 35	anni in	0	donne
» i 20 e i 25	»	12	»	» i 35 e i 39	»	3	»
» i 25 e i 30	»	9	»				

Delle 29 incinte che spontaneamente si sgravarono innanzi tempo,

15 erano primipare
14 erano pluripare.

Il travaglio nelle donne che ebbero aborto o parto prematuro spontaneo durò in media ore 8. 16'. Esso si prolungò:

Da 0 a 2 ore	. . . .	in 0	donne	Da 10 a 12 ore	. . . .	in 5	donne
» 2 a 4 »	. . . .	» 5	»	» 12 a 14 »	. . . .	» 2	»
» 4 a 6 »	. . . .	» 7	»	» 14 a 16 »	. . . .	» 0	»
» 6 a 8 »	. . . .	» 4	»	» 16 a 18 »	. . . .	» 1	»
» 8 a 10 »	. . . .	» 4	»	» 18 a 20 »	. . . .	» 1	»

I bambini nati per aborto o per parto prematuro spontaneo furono 29; essi offrirono durante il travaglio le seguenti presentazioni e posizioni:

Vertice	Occipito-iliaca sinistra-anteriore	20	26 (1 : 1,12)
	Occipito-iliaca destra-posteriore	5	
	Occipito-iliaca destra-anteriore	0	
	Occipito-iliaca sinistra-posteriore	1	
Natiche	Sacro-iliaca sinistra-anteriore	3	3 (1 : 9,67)
	Sacro-iliaca destra-posteriore	0	
	Sacro-iliaca destra-anteriore	0	
	Sacro-iliaca sinistra-posteriore	0	

Per rispetto al sesso del feto abbiamo quanto appresso:

Maschi	Nati vivi	6 (1 : 4,83)	12 (1 : 2,42)
	Nati morti	6 (1 : 4,83)	
Femm.	Nate vive	16 (1 : 1,81)	17 (1 : 1,71)
	Nate morte	1 (1 : 29)	

Trascurando i due feti abortivi, negli altri 5 nati morti la causa della morte è da attribuirsi 4 volte alla sifilide, una volta all' albuminuria materna.

Il peso dei 29 feti nati per parto prematuro spontaneo o per aborto è stato:

Al disotto di 1000 gr. in 2 casi	Fra i 2000 e i 2500 gr. in 13 casi
Fra i 1000 e i 2000 gr. in 3 casi	Fra i 2500 e i 3000 gr. in 7 casi

Quattro bambini non furono pesati.

Nel quadro seguente è messo poi in rapporto il peso dei bambini con l' epoca in cui avvenne il parto:

	Peso massimo	Peso minimo	Peso medio
Feti nati per aborto nel 6.° mese . . .	gr. 757	gr. 712	gr. 734
» » per parto prem. spont. nel 7.° mese	» 1860	» 1300	» 1580
» » » » » » 8.° »	» 2345	» 1940	» 2135
» » » » » » 9.° »	» 2780	» 2190	» 2526

Per riguardo poi alle complicanze del travaglio, alle operazioni ed alle complicanze del puerperio, che si riferiscono a questi aborti e parti prematuri spontanei, si ebbe quanto appresso:

Parti naturali	normali	N. 24 (1 : 1,21)
	complicati	» 3 (1 : 9,67)
Parti artificiali		» 2 (1 : 14,50)
Puerperi fisiologici		» 26 (1 : 1,11)
Puerperi anormali	per complicanze non settiche . .	» 2 (1 : 14,50)
	per complicanze settiche . . .	» 1 (1 : 29)

Per più minuti particolari sulle complicanze del parto e del puerperio e sulle operazioni rimando il lettore a quei paragrafi ove trattansi tali argomenti.

§ 3. Parti a termine.

Dei 138 parti che avvennero nella Maternità di Bologna durante il 1890, 105 accaddero a termine di gravidanza (1 : 1,31).

Le donne che partorirono a termine avevano tra i 16 e i 42 anni. L'età era:

Fra i 16 e i 20 anni	in	17	donne	Fra i 30 e i 35 anni	in	11	donne
» i 20 e i 25	»	40	»	» i 35 e i 40	»	5	»
» i 25 e i 30	»	30	»	» i 40 e i 42	»	2	»

Delle 105 donne che partorirono a termine

68 erano primipare
37 erano pluripare.

Il travaglio in queste 105 donne durò in media ore 10, 14' e quindi un po' più che in quelle, le quali ebbero aborti o parti prematuri spontanei Esso si prolungò:

Da 0 a 2	ore in	. . . 0	donne	Da 16 a 18	ore in	. . . 5	donne
» 2 a 4	»	. . . 11	»	» 18 a 20	»	. . . 1	»
» 4 a 6	»	. . . 17	»	» 20 a 22	»	. . . 3	»
» 6 a 8	»	. . . 14	»	» 22 a 24	»	. . . 0	»
» 8 a 10	»	. . . 17	»	» 24 a 26	»	. . . 2	»
» 10 a 12	»	. . . 10	»	» 26 a 28	»	. . . 0	»
» 12 a 14	»	. . . 12	»	» 28 a 30	»	. . . 1	»
» 14 a 16	»	. . . 11	»	» 30 a 48 3[4	»	. . . 1	»

I bambini nati per parto a termine furono 107, poichè in due casi si ebbe parto gemello. Questi 107 feti offrirono durante il travaglio le seguenti presentazioni e posizioni:

Vertice	Occipito-iliaca sinistra-anteriore	81	102 (1:1,05)
	Occipito-iliaca destra-posteriore	13	
	Occipito-iliaca destra-anteriore	5	
	Occipito-iliaca sinistra-posteriore	2	
	Occipito-iliaca sinistra-trasversa	1	
Natiche	Sacro-iliaca sinistra-anteriore	2	3 (1 : 35,67)
	Sacro-iliaca destra-posteriore	1	
Fronte —	Naso-iliaca sinistra-anteriore	2	(1 : 53,50)

Fra le tre donne che partorirono a termine, espellendo il feto per le natiche (se faccio astrazione da 2 che ebbero parto gemello), trovo

che la terza era massaia. Valga tale notizia per quelli che credono aver la professione delle incinte una certa influenza sulla presentazione del feto.

Per rispetto al sesso del feto abbiamo quanto appresso:

Maschi	Nati vivi	47 (1 : 2,28)	49 (1 : 2,18)
	Nati morti	2 (1 : 53,50)	
Femm.	Nate vive	58 (1 : 1,85)	58 (1 : 1,85)
	Nate morte	0	

Dei due feti nati morti, uno cessò di vivere prima del travaglio per sifilide, uno in travaglio in seguito a disturbo circolatorio nella madre, essendo questa affetta da insufficienza mitrale (V. operazioni — N. 17).

Il peso dei 107 neonati a termine fu al massimo di gr. 4320, al minimo di gr. 2270 (gemello), in media di gr. 3056. Il peso di detti feti è stato:

Da 1000 a 2000 gr. in . . . 0 casi	Da 2500 a 3000 gr. in . . . 46 casi
» 2000 a 2500 gr. » . . . 3 »	Più di 3000 gram. » . . . 54 »

Quattro bambini non furono pesati.

Le complicanze del travaglio, le operazioni e le complicanze del puerperio avutesi nei parti a termine, saranno trattate in paragrafi speciali. Per ora si sappia che nelle 105 donne che si sgravarono a termine, si ebbero:

Parti naturali	normali	N. 70 (1 : 1,50)
	complicati	» 11 (1 : 9,55)
Parti artificiali.		» 24 (1 : 4,37)
Puerperi fisiologici		» 86 (1 : 1,22)
Puerperi anormali	per complicanze non settiche .	» 11 (1 : 9,55)
	per complicanze settiche . .	» 8 (1 : 13,12)

§ 4. Parti complicati.

Fra le 138 donne che partorirono nella Maternità di Bologna durante l'anno 1890, 44 offrirono qualche anormalità più o meno grave durante il travaglio (1 : 3,14). Ecco una succinta relazione di questi 44 casi:

I. N. 55 del 1890. — *Parto precipitoso per eccesso di forza* (V. operaz.)

II. N. 59 del 1890. — Donna robusta, di 32 anni, pluripara, servente. Gravidanza complicata a leucorrea intensa per vaginite granulosa. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. P. *Parto precipitoso per eccesso di forza.* Ore 2 1[2 di travaglio (periodo espulsivo di 15'). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2640. Puerperio ed allattamento regolari.

III. N. 82 del 1890. — Donna robusta, di 18 anni, I para, bracciante. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Parto precipitoso per eccesso di forza.* Ore 2 di travaglio (periodo espulsivo di 20'). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2550. Lieve emorragia esterna dopo il secondamento per lacerazione del collo dell'utero. Puerperio scevro da complicanze settiche. Allattamento regolare.

IV. N. 100 del 1890. — Donna robusta, di 27 anni, pluripara, servente. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Parto precipitoso per eccesso di forza.* Ore 2 di travaglio (periodo espulsivo di 15'). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2900. Puerperio regolare. Non fu intrapreso l'allattamento per volontà della donna.

V. N. 41 del 1890. — *Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano.* (V. operazioni).

VI. N. 130 del 1890. — *Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Emorragia nel secondamento per inerzia. Permanenza di una placenta succenturiata e di pezzi di membrane nell'utero* (V. Operaz.)

VII. N. 16 del 1890. — Donna gracile, di 25 anni, pluripara, tessitrice. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Inerzia uterina durante il primo periodo del travaglio.* Eccitanti. Ore 15 1[2 di soprapparto. Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3110. Puerperio ed allattamento regolari.

VIII. N. 56 del 1890. — Donna robusta, di 23 anni, pluripara, operaia nell'arsenal militare. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto prematuro spontaneo nell'8.° mese per causa ignota. Presentazione di V. in O. I. D. P. *Inerzia uterina durante il primo periodo del travaglio.* Frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato. Ore 18 3[4 di soprapparto. Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2080. Puerperio regolare. Non fu intrapreso l'allattamento per mala conformazione dei capezzoli.

IX. N. 89 del 1889. — Donna robusta, di 17 anni, I para, bracciante. Gravidanza complicata ad oligoidramnio. Parto a termine. Presentazione

di V. in O. I. S. A. *Inerzia uterina durante il primo periodo del travaglio*. Frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato. Ore 20 1[2 di soprapparto. Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3100. Puerperio ed allattamento regolari.

X. N. 137 del 1890. — *Inerzia uterina durante il periodo espulsivo* (V. operazioni).

XI. N. 68 del 1890. — Donna robusta, di 22 anni, I para, bracciante. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. P. *Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio.* Frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato, eccitanti. Ore 24 di soprapparto. Emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia. Ulcera puerperale alla vulva. L'allattamento fu sospeso per erosioni ai capezzoli.

XII. N. 128 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 18 anni, I para, massaia. Gravidanza complicata a leucorrea per vaginite granulosa. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. P. *Inerzia uterina nel secondo periodo del travaglio.* Irrigazioni vaginali calde al sublimato. Ore 12 1[2 di soprapparto. Feto sano, di sesso femm., del peso di gr. 2700. Emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia. Puerperio scevro da complicanze settiche. Fu sospeso l'allattamento per volontà della donna.

XIII. N. 5 del 1890. — *Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio. Strettezza della vulva* (V. operazioni).

XIV. N. 15 del 1890. — *Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio. Mancanza della rotazione interna, trattandosi di una posizione posteriore del V. Rigidità del perineo. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell' ano. Emorragia nel secondamento per inerzia* (V. operazioni).

XV. N. 60 del 1890. — Donna robusta, di 28 anni, I para, bracciante. Gravidanza complicata a sifilide latente, che determinò il parto prematuro nell' 8.° mese. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio. Liquido amniotico scuro e fetido* (le membrane furono rotte artificialmente a dilatazione completa). Frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato durante tutto il travaglio. Irrigazione endouterina al sublimato subito dopo il secondamento. Ore 17 3[4 di travaglio. Puerperio complicato a leggiera endometrite settica. Allattamento regolare.

XVI. N. 118 del 1890. — *Tetano dell'utero durante i due primi periodi del travaglio. Spasmo dell' orificio interno sul collo del feto dopo uscita la testa, che si era presentata pel V. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell' ano* (V. operazioni).

XVII. N. 109 del 1890. — *Rigidità del contorno dell'orificio uterino. Brevità relativa del cordone ombelicale del 1.° feto (gravidanza gemella). Residui dell'imene a ponte con due aperture laterali. Decomposizione dell'atteggiamento del 2.° feto, che si presentava per le natiche* (V. operaz.)

XVIII. N. 39 del 1890. — *Strettezza della vulva* (V. operazioni).

XIX. N. 27 del 1890. — *Rigidità del perineo. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XX. N. 36 del 1890. — *Rigidità del perineo. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXI. N. 104 del 1890. — *Rigidità del perineo. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale comprendente anche lo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXII. N. 119 del 1890. — *Rigidità del perineo. Parto precipitoso massimamente nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXIII. N. 86 del 1890. — *Strettezza della vulva. Parto precipitoso massimamente nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXIV. N. 131 del 1890. — *Strettezza della vulva. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale lunga circa 2 cm.* (V. operazioni).

XXV. N. 141 del 1890. — *Strettezza della vulva. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. Piccola lacerazione al lato destro della vulva* (V. operazioni).

XXVI. N. 122 del 1890. — *Rigidità del perineo. Strettezza della vulva. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXVII. N. 31 del 1890. — *Rigidità del perineo. Inerzia uterina per stanchezza. Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXVIII. N. 102 del 1890. — *Rigidità del perineo. Inerzia uterina per stanchezza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXIX. N. 57 del 1890. — *Rigidità del perineo. Feto molto sviluppato. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXX. N. 100 del 1889. — *Bacino piatto non rachitico* (C. O. mm. 93) (V. operazioni).

XXXI. N. 62 del 1891. — Donna robusta, di 21 anni, Ipara, servente. Gravidanza scevra da complicazioni. *Bacino piatto non rachitico* (C. O. mm. 93). Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Ore 13 di travaglio. Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2980. Puerperio regolare. L'allattamento fu sospeso per volontà della donna.

XXXII. N. 20 del 1890. — *Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico* (C. O. mm. 85) (V. operazioni).

XXXIII. N. 50 del 1890. — *Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico* (C. O. mm. 87) (V. operazioni).

XXXIV. N. 116 del 1890. — *Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico* (C. O. mm. 87) (V. operazioni).

XXXV. N. 44 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 27 anni, pluripara, operaia nell'arsenal militare. Gravidanza scevra da complicazioni. *Bacino piatto non rachitico* (C. O. mm. 90). Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Inerzia uterina durante il primo periodo del travaglio.* Eccitanti. Rottura spontanea delle membrane pressochè a dilatazione completa. *Liquido amniotico denso e fetido.* Frequenti irrigazioni vaginali al sublimato durante i due ultimi periodi del travaglio. Lavanda endouterina al sublimato subito dopo il secondamento. Ore 16 3[4 di soprapparto. Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2720. Puerperio regolare. Fu sospeso l'allattamento per scomparsa del latte.

XXXVI. N. 13 del 1890. — *Bacino piatto non rachitico* (C. O. mm. 87). *Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio* (V. operazioni).

XXXVII. N. 89 del 1890. — *Bacino totalmento ristretto e piatto non rachitico* (C. O. mm. 87). *Rigidità del perineo. Strettezza della vulva. Lacerazione perineale fino ad 1 cm. circa dall'ano* (V. operazioni).

XXXVIII. N. 81 del 1890. — *Rotazione sacrale dell'occipite in caso di posizione posteriore del V. Rigidità del perineo. Inerzia uterina per stanchezza. Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XXXIX. N. 98 del 1890. — *Associazione della mano destra alla presentazione del V. Strettezza della vulva. Lacerazione perineale fino ad 1 cm. circa dall'ano* (V. operazioni).

XL. N. 4 del 1890. — Donna robusta, di 31 anni, pluripara, servente. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Brevità relativa del cordone ombelicale.* Recisione

del cordone appena uscita la testa. Ore 14 di travaglio. Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3330. Puerperio regolare. L'allattamento non fu intrapreso per mala conformazione dei capezzoli.

XLI. N. 92 del 1890. — Donna robusta, di 24 anni, pluripara, servente. Parto prematuro spontaneo nel 7.° mese per sifilide. Presentazione di V. in O. I. S. A. *Liquido amniotico fetido.* Frequenti lavande vaginali al sublimato durante i due ultimi periodi del travaglio. Lavanda endouterina al sublimato dopo il secondamento. Ore 3 1[4 di soprapparto. Feto macerato, di sesso maschile. Puerperio complicato ad enterite per assorbimento di sublimato. L'allattamento non fu intrapreso per iscarsa secrezione lattea.

XLII. N. 67 del 1890. — *Liquido amniotico scuro e fetido. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano* (V. operazioni).

XLIII. N. 135 del 1890. — *Liquido amniotico scuro e fetentissimo in caso di rottura prematura delle membrane. Setticemia insorta in travaglio. Tetano dell'utero durante il primo periodo del soprapparto. Strettezza della vulva* (V. operazioni).

XLIV. N. 22 del 1990. — *Emorragia per placenta previa marginale* (V. operazioni).

§ 5. Operazioni.

Sulle 138 donne che partorirono nella Maternità di Bologna durante il 1890, 32 volte si eseguirono atti operativi più o meno gravi (1 : 4,31). In 2 casi però le operazioni furono reclamate per accidenti insorti, dopo il parto. Ecco le notizie principali che si riferiscono a questi 32 casi:

I. N. 20 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 22 anni, II para, contadina. Il parto antecedente avvenne a termine e richiese la craniotomia. Statura media senza traccie di rachitismo. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico (C. O. mm. 85). *Provocazione del parto al principio del 9.° mese.* Doccie di Kiwisch come cura preparatoria e quindi metodo di Krause. Presentazione di V in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Ore 15 1[2 di travaglio (ore 14 1[2 pel 1.° periodo, 1 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2055. Puerperio regolare. Mancò la secrezione lattea.

II. N. 50 del 1890. — Donna gracile, di 23 anni, I para, servente. Statura bassa senza traccie di rachitismo. Gravidanza complicata ad

edema agli arti inferiori per compressione ed a leucorrea per vaginite granulosa. Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico (C. O. mm. 87). *Provocazione del parto verso la metà del 9.° mese.* Doccie di Kiwisch come cura preparatoria. Alla 6.ª doccia si ruppero spontaneamente le membrane e 14 ore dopo s'iniziò il travaglio. Presentazione di V. in O. I. S. A. Ore 9 di soprapparto (6 pel 1.° periodo, 2 3[4 pel 2.°, 15' pel 3.°) Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2630. Puerperio regolare. Fu sospeso l'allattamento per ragadi ai capezzoli.

III. N. 116 del 1890. — Donna gracile, di 25 anni, III para, contadina. I parti antecedenti avvennero a termine e fu sempre necessario l'uso del forcipe allo stretto superiore. Statura bassa senza traccie di rachitismo. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico (C. O. mm. 87). *Provocazione del parto verso la metà del 9.° mese.* Doccie di Kiwisch come cura preparatoria. Senz'altro si dichiara il travaglio dopo 7 doccie fatte in 4 giorni. Presentazione di V. in O. I. D. P. Rottura spontanea delle membrane pressochè a dilatazione completa. Ore 7 1[4 di travaglio (6 pel 1.° periodo, 1 1[4 pel 2.° pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3000. Puerperio ed allattamento regolare.

IV. N. 89 del 1890. — Donna robusta, di 25 anni, I para, sarta. Statura bassa senza traccie di rachitismo. Lussazione posteriore congenita di ambedue i femori. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino totalmente ristretto e piatto non rachitico (C. O. mm. 87). *Provocazione del parto verso la metà del 9.° mese.* Doccie di Kiwisch come cura preparatoria, e quindi metodo di Krause. Le membrane si ruppero coll'introduzione della candeletta elastica. Inizio del travaglio mezz'ora dopo. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rigidità del perineo. Strettezza della vulva. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto inferiore* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. *Episiotomia* (2 incisioni laterali). Lacerazione perineale fino a circa 1 cent. dall'ano. *Perineorrafia* fatta subito dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 2 punti staccati superficiali sul perineo, 2 sull'incisione laterale destra della vulva, 1 sulla sinistra pure con seta). Ore 7 3[4 di travaglio (4 1[2 pel 1.° periodo, 3 pel 2.°, 15' pel 3.°) Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3150. Puerperio regolare. Mancò il latte. La lacerazione perineale e le incisioni vulvari guarirono di prima intenzione.

V. N. 137 del 1890. — Donna robusta, di 25 anni, I para, massaia. Statura bassa. Gravidanza complicata a leucorrea intensa per vaginite granulosa. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane all'inizio del tra-

vaglio. Inerzia uterina durante il periodo espulsivo. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto inferiore* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Ore 13 3[4 di travaglio (11 pel 1.° periodo, 2 3[4 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°) Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2280. Emorragia mista per inerzia 3 ore dopo il secondamento. Puerperio scevro da complicanze settiche. Allattamento regolare.

VI. N. 31 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 25 anni, I para, bracciante. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane 3 ore prima del travaglio. Rigidità del perineo. Inerzia uterina per stanchezza. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto inferiore* senz' aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* fatta subito dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 2 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 16 di travaglio (13 pel 1.° periodo, 3 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°) Feto asfittico (rianimato), di sesso maschile, del peso di gr. 3540. Puerperio regolare. Mancò la secrezione lattea. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

VII. N. 81 del 1890. — Donna robusta, di 23 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza complicata a forte leucorrea per vaginite granulosa. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. P. Rottura artificiale delle membrane per resistenza a dilatazione completa. Rotazione sacrale dell'occipite. Rigidità del perineo. Inerzia uterina per stanchezza. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto inferiore* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Per disimpegnare la testa si fu costretti condur l'occipite al pube. Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* subito dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 1 punto staccato superficiale pure con seta). Ore 10 1[2 di travaglio (8 pel 1.° periodo, 2 1[2 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3350. Puerperio regolare. Sospensione dell'allattamento per ragadi ai capezzoli. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

VIII. N. 102 del 1890. — Donna robusta, di 34 anni, I para, servente. Statura alta. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Travaglio già incominciato al momento dell'ammissione. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane all'inizio del travaglio. Rigidità del perineo. Inerzia uterina per stanchezza. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto inferiore* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell' ano. *Peri-*

neorrafia subito dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 1 punto staccato superficiale pure con seta). Ore 8 3[4 di travaglio (6 pel 1.° periodo, 2 3[4 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°) Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2760. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

IX. N. 5 del 1890. — Donna robusta, di 27 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane in principio della dilatazione. Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio. Frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato, eccitanti; ma con poco effetto sulla contrazione. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer nella parte bassa dello scavo* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Strettezza della vulva. *Episiotomia* (due incisioni laterali). Ore 19 1[2 di travaglio (16 pel 1.° periodo, 3 1[4 pel 2.°, 15' pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3350. Puerperio regolare. L' allattamento non fu intrapreso per iscarsa secrezione lattea e per mala conformazione dei capezzoli.

X. N. 118 del 1890. — Donna robusta, di 19 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza complicata a sifilide latente. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. A. Rottura spontanea delle membrane pressochè a dilatazione completa. Tetano dell'utero durante i due primi periodi del travaglio. Clisteri laudanati, bagno generale caldo, frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato; ma con effetti passeggieri sulla contrazione. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer nella parte bassa dello scavo* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Spasmo dell' orificio interno sul collo del feto, dopo uscita la testa. *Uncinamento digitale dell'ascella posteriore.* Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell' ano. *Perineorrafia* 13 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 2 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 24 1[2 di travaglio (21 1[2 pel 1.° periodo, 3 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto macerato, di sesso maschile. Puerperio regolare. L'allattamento non fu intrapreso per iscarsa secrezione lattea. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XI. N. 15 del 1890. — Donna robusta, di 20 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza complicata a leggiera albuminuria gravidica. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. P. Rottura spontanea delle membrane durante il periodo di dilatazione. Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio. Mancanza della rotazione interna. Rigidità del perineo. Eccitanti, fasciatura addominale,

frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato; ma senz'effetto sulla contrazione. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer nella parte bassa dello scavo* senz' aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. L'occipite fu condotto al pube. Emorragia per inerzia nel secondamento. *Estrazione manuale delle secondine.* Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* subito dopo il parto (sutura continua con la seta di Firenze incominciata in vagina e terminata sul perineo). Ore 16 3[4 di travaglio (13 1[2 pel 1.° periodo, 3 pel 2.°, 15' pel 3°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3860. Emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia. Puerperio complicato da endometrite settica, per cui non fu intrapreso l' allattamento. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XII. N. 13 del 1890. — Donna robusta, di 38 anni, III para, lavandaia. I due parti antecedenti avvennero a termine, il primo spontaneamente, il secondo col forcipe. Statura media senza traccie di rachitismo. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino piatto non rachitico (C. O. mm. 87). Parto a termine. Travaglio già iniziato al momento dell' ammissione. Presentazione di V. in O. I. S. T. Rottura spontanea delle membrane ore 31. 40′ prima dell'estrazione del feto. Inerzia uterina durante i due primi periodi del travaglio. Eccitanti, introduzione di una candeletta elastica nell' utero, tamponamento vaginale col colpeurynter di Braun; ma senz'effetto sulla contrazione. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto superiore* con le aste di trazione, usando il metodo di Hatin e portando le cucchiaie ai lati del bacino. Robuste trazioni. Ore 48 3[4 di travaglio (46 pel 1.° periodo, 2. 40′ pel 2.°, 5′ pel 3.°). Feto asfittico (rianimato), di sesso maschile, del peso di gr. 2637. Puerperio regolare. L'allattamento non fu intrapreso per iscarsa secrezione lattea.

XIII. N. 100 del 1889. — Donna robusta, di 33 anni, II para, servente. Parto antecedente a termine, spontaneo; travaglio lungo. Statura piccola senza traccie di rachitismo. Gravidanza complicata da albuminuria gravidica. Bacino piatto non rachitico (C. O. mm. 93). Parto a termine. Presentazione di fronte in naso-iliaca sinistra-anteriore. Rottura spontanea delle membrane al principio della dilatazione. *Applicazione del forcipe di Schoellhammer allo stretto superiore* con le aste di trazione, usando il metodo di Hatin e portando le cucchiaie ai lati del bacino. Ore 20 di travaglio (la dilatazione dell'orificio dell'utero spontaneamente arrivò ad un massimo di 7 cm.). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3440. Puerperio regolare. L' allattamento non fu intrapreso per mala conformazione dei capezzoli.

XIV. N. 109 del 1890. — Donna robusta, di 24 anni, I para, servente. Statura bassa senza traccie di rachitismo. Gravidanza scevra da compli-

cazioni. Gravidanza gemellare. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione del 1.° feto: V. in O. I. S. A. del 2.°: N. in S. I. D. A. Rottura spontanea del 1.° sacco un'ora prima del travaglio, rottura artificiale del 2.° per resistenza 15′ prima dell'espulsione del 2.° feto. Rigidità del contorno dell'orificio uterino. Frequenti irrigazioni vaginali calde al sublimato, ma senz' effetto. *Sbrigliamenti multipli dell'orificio uterino.* Brevità relativa del cordone ombelicale del 1.° feto (un giro intorno al collo). Residui dell'imene a ponte con due aperture laterali. *Asportazione di detto ponte. Applicazione del forcipe di Schoellhammer nella parte bassa dello scavo* senz'aste di trazione, portando le cucchiaie ai lati del bacino. Incisione del cordone ombellicale appena estratto il capo. Decomposizione dell'atteggiamento del 2.° feto (sollevamento di un braccio a lato della testa, deflessione di questa). *Disimpegno del braccio e della testa.* Ore 15 1[4 di travaglio (13 pel 1.° periodo, 1 3[4 per l' espulsione del 1.° feto, 15′ per l'espulsione del 2.° feto dopo 15′ di pausa, pochi minuti pel 3.° periodo). Placente fuse con due corion e due amnio. Feti sani, di sesso femminile, del peso: il 1.° di gr. 2270, il 2.° di gr. 2780. Puerperio ed allattamento regolari.

XV. N. 22 del 1890. — Donna robusta, di 27 anni, IV para, massaia. I tre parti antecedenti avvennero a termine regolarmente. Statura media. Emorragia forte al principio dell' 8.° mese di gravidanza. Dopo 4 giorni altra emorragia forte ed in questo momento s'inizia il travaglio. La donna fu ammessa allora nell'Ospizio in profonda anemia e con forte emorragia. Il travaglio durava da circa 9 ore; la dilatazione era di 4 cm., le membrane si erano rotte da 31 ore. Margine placentale sul contorno dell'orificio uterino a sinistra e posteriormente. Presentazione di N. complete in S. I. S. A. *Estrazione podalica del feto,* abbassando un arto inferiore. Il feto conservò il suo atteggiamento. Ore 9 1[2 di travaglio. Feto asfittico (rianimato), di sesso femminile, del peso di gr. 1940. Puerperio regolare. L'allattamento non fu intrapeso per le condizioni generali della donna.

XVI. N. 39 del 1890. — Donna robusta, di 23 anni, I para, servente. Statura alta. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto prematuro spontaneo al principio del 9.° mese per causa ignota. Presentazione di V. in O. I. S. P. Rottura artificiale delle membrane a dilatazione completa. Strettezza della vulva. *Episiotomia* (2 incisioni laterali). Ore 9 1[2 di travaglio (7 pel 1.° periodo, 2 1[2 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2520. Puerperio regolare. Mancò la secrezione lattea.

XVII. N. 135 del 1890. — Donna robusta, di 30 anni, I para, operaia nell' arsenal militare. Statura alta. Gravidanza complicata da insufficienza mitrale. Bacino ben conformato. Parto a termine. Travaglio già inco-

minciato al momento dell'ammissione. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane 14 ore prima del travaglio. Liquido amniotico scuro e fetentissimo. Setticoemia insorta in travaglio e prima dell'ammissione. Tetano dell'utero durante il primo periodo del soprapparto. Clisteri laudanati, bagni caldi generali, frequenti irrigaz. vaginali calde al sublimato, cloralio idrato per uso interno. Scomparve il tetano. Strettezza della vulva. *Episiotomia* (due incisioni laterali). Ore 28 1[2 di travaglio (25 pel 1.° periodo, 3 pel 2.°, 30' pel 3.°). Feto morto in travaglio per disturbi circolatori della madre. Sesso maschile, peso gr. 3220. Lavanda endouterina al sublimato dopo il secondamento. Puerperio irregolare per la continuazione dei fenomeni settici insorti in travaglio, pei quali non fu intrapreso l'allattamento.

XVIII. N. 86 del 1890. — Donna robusta, di 24 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane pressochè a dilatazione completa. Parto precipitoso massime nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Strettezza della vulva. *Episiotomia* (un' incisione dal lato sinistro). Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 9 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 3 punti staccati superficiali sul perineo ed 1 sull' incisione vulvare pure con la seta). Ore 3 3[4 di travaglio (3 1[2 pel 1.° periodo, 15' pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3510. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale e l'incisione vulvare guarirono di prima intenzione.

XIX. N. 27 del 1890. — Donna gracile, di 32 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza complicata da pleurite acuta. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. P. Rottura spontanea delle membrane in sul principio della dilatazione. Rigidità del perineo. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 4 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 1 punto staccato superficiale pure con la seta). Ore 13 1[2 di travaglio (11 pel 1.° periodo, 2 1[2 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3420. Puerperio regolare. Non fu intrapreso l'allattamento per le condizioni generali della donna. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XX. N. 36 del 1890. — Donna robusta, di 26 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Rigidità del perineo. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 2 ore dopo il

parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 1 punto staccato superficiale pure con la seta). Ore 7 1[2 di travaglio (4 1[2 pel 1.° periodo, 3 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2526. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXI. N. 41 del 1890. — Donna robusta, di 24 anni, I para, servente. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane 110 ore prima del travaglio. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 3 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 2 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 9 3[4 di travaglio (9 1[4 pel 1.° periodo, 30' pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2915. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXII. N. 57 del 1890. — Donna robusta, di 25 anni, I para, servente. Statura alta. Gravidanza scevra da complicazioni. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane 10 ore prima del travaglio. Rigidità del perineo. Feto molto sviluppato. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* circa 9 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 3 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 14 3[4 di travaglio (11 pel 1.° periodo, 3 3[4 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3920. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXIII. N. 67 del 1890. — Donna robusta, di 26 anni, I para, contadina. Statura alta. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane un'ora prima del travaglio. Liquido amniotico scuro e fetido. Frequenti irrigazioni vaginali al sublimato durante tutto il travaglio. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. Lavanda endouterina al sublimato subito dopo il secondamento. *Perineorrafia* 6 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 3 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 4 3[4 di travaglio (4 pel 1.° periodo, 30' pel 2.°, 15' pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3730. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXIV. N. 98 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 18 anni,

I para, servente. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura artificiale delle membrane per resistenza a dilatazione completa. Associazione della mano sinistra alla testa. Strettezza della vulva. Lacerazione perineale fino ad 1 cm. circa dall'ano. *Perineorrafia* 13 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 1 punto staccato superficiale pure con la seta). Ore 11 di travaglio (10 pel 1.° periodo, 1 pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2920. La donna passò ad altro spedale per flemmone alla mammella destra insorto in puerperio da ragadi al capezzolo. Non si ebbero altre complicazioni nel puerperio. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXV. N. 104 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 20 anni, I para, cucitrice. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane 19 1[2 ore prima del travaglio. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Rigidità del perineo. Lacerazione perineale comprendente anche lo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 9 1[2 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 3 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 5 1[2 di travaglio (5 pel 1.° periodo, 30' pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2840. Puerperio regolare. Allattamento non intrapreso per volontà della donna. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXVI. N. 119 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 22 anni, I para, operaia nell'arsenal militare. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Travaglio già iniziato al momento dell'ammissione. Rottura spontanea delle membrane 5 ore prima del travaglio. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rigidità del perineo. Parto precipitoso massimamente nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fin verso lo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 10 ore circa dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 1 punto staccato superficiale pure con seta). Ore 6 1[4 di travaglio (5 1[2 pel 1.° periodo, 30' pel 2.°, 15' pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3200. Puerperio regolare. L'allattamento non fu intrapreso per mala conformazione dei capezzoli. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXVII. N. 122 del 1890. — Donna robusta, di 26 anni, I para, servente. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane all'inizio del travaglio. Rigidità del perineo.

Strettezza della vulva. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. *Perineorrafia* 2 1[2 ore dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 3 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 12 1[2 di travaglio (11 3[4 pel 1.° periodo, 30' pel 2.°, 15' pel 3°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2570. Puerperio ed allattamento regolari. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXVIII. N. 131 del 1890. — Donna robusta, di 26 anni, I para, servente. Statura alta. Gravidanza complicata a catarro bronchiale acuto. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane all'inizio del travaglio. Strettezza della vulva. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale lunga circa 2 cm. *Perineorrafia* 1 ora dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina, finita sul perineo; 2 punti staccati superficiali pure con la seta). Ore 10. 55' di travaglio (10 1[2 pel 1.° periodo, 25' pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 2870. Puerperio regolare. Sospensione dell'allattamento per mala conformazione dei capezzoli. La lacerazione perineale guarì di prima intenzione.

XXIX. N. 141 del 1890. — Donna robusta, di 19 anni, I para, contadina. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Travaglio già iniziato al momento dell'ammissione. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Strettezza della vulva. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Lacerazione perineale fino allo sfintere esterno dell'ano. Piccola lacerazione al lato destro della vulva. *Perineorrafia* subito dopo il parto (sutura continua con seta di Firenze incominciata in vagina e finita sul perineo; 2 punti staccati superficiali sulla lacerazione perineale e 2 altri sulla vulvare pure con la seta). Ore 8 1[4 di travaglio (8, 5' pel 1.° periodo, 10' pel 2.°, pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 2820. Puerperio complicato da enterite acuta per assorbimento di sublimato. Allattamento regolare. Le lacerazioni guarirono di prima intenzione.

XXX. N. 55 del 1890. — Donna robusta, di 30 anni, II para, contadina. Il primo parto avvenne a termine spontaneamente, ma fu seguito da abbondante emorragia interna. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. D. P. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Parto precipitoso per eccesso di forza. Ore 2 1[4 di travaglio (1 3[4 pel 1.° periodo, 15' pel 2.°, 15' pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3600. Emorragia interna per inerzia dopo il

secondamento. Spremitura dell'utero, irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato e segala cornuta. Poco dopo si ripete l'emorragia interna. *Vuotamento della vagina e dell'utero dai grumi.* Lavanda intrauterina calda (+ 50.° C.), al sublimato, altra segala cornuta. Puerperio scevro da complicanze settiche. Non comparve il latte.

XXXI. N. 71 del 1890. — Donna discretamente robusta, di 24 anni, II para, massaia. Il parto antecedente avvenne a termine naturalmente. Statura media. Gravidanza scevra da complicazioni. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Parto regolare. Ore 10 di travaglio (9 pel 1.° periodo, 1 pel 2.° pochi minuti pel 3.°). Feto sano, di sesso maschile, del peso di gr. 3200. Emorragia interna per inerzia un ora dopo il secondamento. *Vuotamento dell'utero e della vagina dai grumi.* Irrigazione endouterina calda (+ 50.° C.) al sublimato, segala cornuta. Puerperio scevro da complicanze settiche. Allattamento regolare.

XXXII. N. 130 del 1890. — Donna robusta, di 19 anni, II para, bracciante. Il primo parto avvenne a termine naturalmente. Statura media. Gravidanza complicata a forte leucorrea per vaginite granulosa. Bacino ben conformato. Parto a termine. Presentazione di V. in O. I. S. A. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Parto precipitoso nel periodo espulsivo per eccesso di forza. Emorragia nel secondamento per inerzia. Spremitura dell'utero, trazioni sul cordone, lavanda vaginale calda a (+ 50.° C.) al sublimato. Ore 10 1[4 di travaglio (9 3[4 pel 1.° periodo, 15' pel 2.°, 15' pel 3.°). Feto sano, di sesso femminile, del peso di gr. 3390. Permanenza nell'utero di una placenta succenturiata e di pezzi di membrane. Setticoemia. *Raschiamento dell'utero ed estrazione dei residui ovulari* 3 giorni dopo il parto. L'allattamento non fu intrapreso per la malattia puerperale.

Puerperio.

Il 1.° gennaio 1890 trovavasi nella Maternità di Bologna 1 puerpera, che aggiunta alle 138 donne che vi partorirono durante il 1890 e ad una puerpera che vi fu ammessa durante quest'anno, si ha un totale di 140 puerpere, di cui una sola era degente il 31 dicembre 1890.

In queste 140 donne il puerperio fu anormale 22 volte (1 : 6,36), però 13 volte per complicanze non settiche (1 : 10,77) e 9 per complicanze settiche (1 : 15,56). Debbo avvertire che non sono stati annoverati tra i puerperi morbosi non infettivi quelli i quali furono disturbati

da malattie già esistenti in gravidanza. Come pure sono state omesse tra le complicanze puerperali le malattie delle mammelle (quali ad esempio ragadi, eritemi dei capezzoli ecc.), ad eccezione però delle infezioni settiche mammarie. Niuna donna morì in puerperio.

§ 1. Complicanze puerperali non settiche.

I. N. 92 del 1890. — (V. parti complicati). *Enterite acuta per assorbimento di sublimato.* Oppiacei. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento non intrapreso per iscarsa secrezione lattea.

II. N. 141 del 1890. — (V. operazioni). *Enterite acuta per assorbimento di sublimato.* Oppiacei. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento regolare.

III. N. 87 del 1890. — *Eclampsia senza albuminuria.* (Gravidanza complicata da anemia. Non fu riscontrata albumina nelle orine nè durante la gravidanza, nè dopo gli accessi). Due accessi in prima giornata di puerperio. Bromuro di potassio, acqua di Hunya di Janos. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Mancò la secrezione lattea.

IV. N. 32 del 1890. — *Lieve emorragia esterna dopo il secondamento per lacerazione del collo uterino.* Lavande vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato. Guarigione. Puerperio nel resto normale. L'allattamento fu sospeso per ragadi ai capezzoli.

V. N. 82 del 1890. — (V. parti complicati). *Lieve emorragia esterna dopo il secondamento per lacerazione del collo uterino.* Irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento regolare.

VI. N. 6 del 1890. — *Lieve emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia.* Irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, massaggio dell'utero, segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento regolare.

VII. N. 86 del 1890. — *Emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia.* Irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C) al sublimato, massaggio dell'utero, segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento sospeso per ragadi ai capezzoli.

VIII. N. 128 del 1890. — (V. parti complicati). *Emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia.* Lavande vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, massaggio dell'utero, fasciatura addominale, segala cornuta.

Guarigione. Puerperio nel resto normale. Fu sospeso l'allattamento per volontà della donna.

IX. N. 137 del 1890. — (V. operazioni) *Emorragia mista 3 ore dopo il secondamento per inerzia.* Spremitura dell'utero, irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, fasciatura addominale, segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento regolare.

X. N. 28 del 1890. — *Lieve emorragia interna dopo il secondamento per inerzia.* Spremitura dell'utero, irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento non intrapreso per mala conformazione dei capezzoli.

XI. N. 35 del 1890. — *Lieve emorragia interna 2 ore dopo il secondamento per inerzia.* Spremitura dell'utero, irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento regolare.

XII. N. 55 del 1890. — (V. operazioni). *Emorragia interna dopo il secondamento per inerzia, ripetutasi due volte.* Prima volta: Spremitura dell'utero, irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, segala cornuta. Seconda volta: Vuotamento dell'utero e della vagina dai grumi, lavanda endouterina calda (+ 50.° C.) al sublimato, altra segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Non comparve il latte.

XIII. N. 71 del 1890. — (V. operazioni). *Emorragia interna 1 ora dopo il secondamento per inerzia.* Vuotamento dell'utero e della vagina dai grumi, irrigazione endouterina calda (+ 50.° C.) al sublimato, segala cornuta. Guarigione. Puerperio nel resto normale. Allattamento regolare.

§ 2. Complicazioni puerperali settiche.

I. N. 136 del 1890. — *Ulcera puerperale alla vulva.* Cauterizzazione dell'ulcera col nitrato acido di mercurio e medicatura di essa con acido borico, lavande vaginali al sublimato. Guarigione. Allattamento regolare.

II. N. 60 del 1890. — (V. parti complicati). *Leggiera endometrite settica.* Irrigazioni vaginali ed endouterine al sublimato. Guarigione. Allattamento regolare.

III. N. 64 del 1890. — *Leggiera endometrite settica.* Lavande vaginali ed endouterine al sublimato. Guarigione. L'allattamento non fu intrapreso per la malattia puerperale.

IV. N. 130 del 1890. — (V. operazioni). *Setticoemia da permanenza di una placenta succenturiata nell'utero.* Raschiamento dell'utero ed

estrazione dei residui ovulari 3 giorni dopo il parto, lavande vaginali ed endouterine al sublimato ed all'acido borico; antipiretici ed eccitanti per uso interno. Guarigione. L'allattamento non fu intrapreso per la malattia puerperale.

V. N. 68 del 1890. — (V. parti complicati). *Emorragia esterna dopo il secondamento per inerzia.* Irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato, massaggio dell'utero, segala cornuta. Guarigione. *Ulcera puerperale alla vulva.* Cauterizzazione dell'ulcera col nitrato acido di mercurio e medicatura di essa con acido borico, irrigazioni vaginali al sublimato. Guarigione. L'allattamento fu sospeso per erosioni ai capezzoli.

VI. N. 15 del 1890. — (V. operazioni). *Emorragia interna dopo il secondamento per inerzia.* Spremitura dell'utero, irrigazioni vaginali calde (+ 50.° C.) al sublimato. Guarigione. *Endometrite settica.* Lavande vaginali ed endouterine al sublimato. Guarigione. L'allattamento non fu intrapreso per la malattia puerperale.

VII. N. 135 del 1890. — (V. operazioni). *Endometrite settica e pielite.* (Setticoemia insorta in travaglio prima dell'ammissione). Lavande vaginali ed endouterine al sublimato ed all'acido borico, lavande vescicali all'acido borico; trementina per uso interno. Guarigione. L'allattamento non fu intrapreso per la malattia puerperale.

VIII. N. 94 del 1890. — *Mastite doppia da ragadi ai capezzoli.* Sospensione dell'allattamento, ghiaccio sulle mammelle, lavande dei capezzoli al sublimato, medicatura per occlusione delle ragadi. La donna uscì dall'Ospizio molto migliorata. Puerperio nel resto normale.

IX. N. 98 del 1890. — (V. operaz.) *Flemmone alla mammella destra da ragadi al capezzolo.* Sospensione dell'allattamento, ghiaccio sulla mammella, medicatura antisettica del capezzolo. La donna passò ad altro Ospedale per questa malattia. Puerperio nel resto normale.

II. SEZIONE ESPOSTI.

Il 1.° gennaio 1890 erano nella Sezione Esposti	N. 47	bambini.	
Nel 1890 entrarono	» 562	»	
In quest'anno furono ricondotti .	» 148	»	nati negli anni antecedenti.
Totale .	N. 757	bambini.	

Il 31 dicembre 1890 erano degenti nello Stabilimento 49 bambini, per cui durante l'epoca in esame ne uscirono 708 sia per morte, sia per consegna ai custodi od ai parenti.

I 562 entrati per la prima volta nell'Ospizio Esposti di Bologna durante l'anno 1890, tutti, ad eccezione di uno, erano neonati; fra questi 10 furono presentati già morti. Tolti dai 757 bambini degenti nello Stabilimento durante l'epoca in esame, i 10 presentati morti, fra i restanti 747 si ebbero 439 malati (1 : 1,70), ripartiti come appresso:

Malati nel gruppo di rimanenza al 1.° gennaio 1890 .	N. 28	(1 : 1,68).
» » degli ammessi nel 1890	» 411	(1 : 1,70).
Totale .	N. 439	

Di questi 439 bambini 77 morirono nello Stabilimento durante l'anno 1890 (1 : 9,70 rispetto al numero generale; 1 : 5,70 rispetto al numero dei malati) e 243 guarirono, essendovi ancora al 31 dicembre 1890 N. 19 malati nell'Ospizio. I morti sono così ripartiti:

Nel gruppo di rimanenza al 1.° gennaio 1890, N. 11 (1 : 4,27 rispetto al numero generale, 1 : 2,55 rispetto al numero dei malati).

Nel gruppo degli ammessi nel 1890, N. 66 (1 : 10,61 rispetto al numero generale, 1 : 6,23 rispetto al numero dei malati).

Ecco il rapporto della mortalità col peso dei bambini ammessi per la prima volta nel 1890. Si noti che 11 di essi non furono pesati, perchè 10, come già dissi, furono presentati morti ed 1 fu portato nell'Ospizio qualche tempo dopo la nascita, per cui il calcolo è fatto sopra 551 neonati, dei quali 44 morirono nello Stabilimento durante l'epoca in esame:

		Presentati	Morti	Rapporto della mortalità
Bambini del peso	da 1000 a 1500 grammi	6	3	1 : 2,—
	» 1500 » 2000 »	9	5	1 : 1,80
	» 2000 » 2500 »	81	14	1 : 5,79
	» 2500 » 3000 »	230	16	1 : 14,37
	» 3000 a più di 3000 grammi	225	6	1 : 37,50
	Totale	551	44	

Il peso minimo avutosi tra i neonati ammessi per la prima volta nell'Ospizio Esposti di Bologna durante l'anno 1890 fu di gr. 1275, il massimo di gr. 4400.

Se poi si vuol conoscere il rapporto della mortalità dei 757 bambini in esame col loro sesso, si guardi il quadro seguente. Debbo anzi tutto osservare che dei 10 neonati presentati già morti, 8 erano maschi e 2 femmine, ed ecco quanto si è avuto rispetto agli altri 747:

	MASCHI			FEMMINE		
	Numero totale	Morti	Rapporto della mortalità	Numero totale	Morte	Rapporto della mortalità
Gruppo di rimanenza al 1.° gennaio, 1890	29	6	1 : 4,83	18	5	1 : 3,60
Gruppo dei nuovi presentati nel 1890	251	25	1 : 10,04	301	19	1 : 15,84
Gruppo dei ricondotti fra i nati prima del 1890 . . .	79	8	1 : 9,87	69	14	1 : 4,93
Totale	359	39	1 : 9,21	388	38	1 : 10,21

Dei 77 bambini che morirono nello Stabilimento durante l'anno 1890, ebbero a soccombere:

Per debolezza congenita . . N. 6
" atelectasia polmonare . " 2
" sclerema dei neonati . " 6
" risipola ombelicale . . " 1
" difterite naso-faringea . " 1
" tubercolosi delle glandole peribronchiali . " 1
" sifilide congenita. . . " 6
" bronco-pneumonite . . " 15
" poliartrite suppurativa e pneumonite . . . " 1

Per catarro bronchiale . . N. 2
" edema polmonare acuto " 1
" gastro-enterite acuta . " 11
" enterite acuta . . . . " 8
" enterite cronica e bronco-pneumonite . . . " 1
" enterite cronica e catarro bronchiale . . . " 1
" enterite cronica . . . " 12
" nefrite acuta (scarlattinosa) . . . . . " 2

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI MODENA
diretto dal Prof. E. F. Fabbri.

La forte flessione e l'estensione del capo
fattori di compressione del funicolo avvolto al collo del feto

STUDIO CLINICO SPERIMENTALE

DEL

Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA
Libero docente di Ostetricia e Aiuto-Clinico.

Il cordone ombelicale può presentare, ognuno lo sa, alterazioni e disposizioni speciali, intorno al cui valore eziologico sulla morte del feto gli ostetrici sono ben lungi dall'essere concordi. E così si ha la torsione del funicolo, i nodi veri, gli avvolgimenti attorno al collo.

Quanto alla torsione del cordone, per non attenermi che alla parte moderna della letteratura ostetrica, scrissero importanti lavori il Koeberle (1), il Cordonnier (2), il Martin (3), il Ruge (4), il Dorhn (5), l'Hille (6), il Kehrer (7), lo Schauta (8), ecc. — Le opinioni principali intorno alla patogenesi ed agli effetti di questa alterazione sono due; che la torsione possa avvenire solo dopo la morte del feto, e quindi non abbia nessun valore patologico, o che avvenga durante la

(1) « Torsion du cordon. » *Annales de Gynécologie*, 1887.
(2) « De la torsion du cordon ombilical. » Thèse de Paris, 1879.
(3) *Zeits. f. Gebürtshülfe und Gynaek.* Band. II, H. 2.
(4) *Zeits. f. Gebürts.* Band III, Heft. 2.
(5) *Archiv. f. Gynaek.* Band XIII, Heft. 2.
(6) *Archiv. f. Gynaek.* Band XIV, Heft. 3.
(7) *Archiv. f. Gynaek.* Band XIII, Heft. 2.
(8) *Archiv. f. Gynaek.* Band XII, Heft. 1.

vita e possa quindi essere da sola la causa del decesso dei feti i cui tralci presentano questo fatto. Sostenitori della prima teoria sono principalmente il Martin ed il Ruge, e gli argomenti che essi adducono in suo appoggio sono i seguenti: Se la torsione fosse la causa della morte del feto si dovrebbero trovare dal lato della placenta segni di stasi sanguigna prodotta dall' arresto della circolazione; si produrrebbero cioè rotture delle pareti vascolari, raccolte sanguigne attorno alle loro pareti, edema del cordone, mentre nulla di tutto questo si osserva; pare anzi agli autori suddetti che i vasi del cordone a pareti spesse ed animati da pulsazioni costituiscano durante la vita un ostacolo serio alla brusca torsione. Inoltre, continuano essi, se la morte fosse il risultato della torsione lenta, produrrebbe, come fanno le stenosi d'origine sifilitica od ateromatosa, restringimento dei vasi e quindi denutrizione marcata dei feti, ed alterazioni circolatorie negli organi fetali. — La presenza poi sullo stesso cordone di torsioni in senso inverso, constatate dal Martin nella sua 4.ª osservazione, pare a questi la miglior prova della formazione post-mortem di tale fenomeno.

Propugnatore invece dell' opposta opinione è principalmente il Dorhn, il quale, pur riconoscendo che talora la torsione possa prodursi dopo la morte del feto, ammette che spesso si formi durante la vita, anzitutto perchè mentre il feto è vivo, il liquido amniotico, che dopo morte viene diminuendo, permette ad esso più ampi movimenti che hanno grande influenza sul fatto in questione. L' assenza dei segni di stasi sanguigna non sarebbe una prova contro la formazione della torsione durante la vita, perchè questi segni sono di difficile constatazione pel fatto della macerazione dei feti; che però essi sono stati osservati dal lato della placenta sotto forma di ectasie della vena ombelicale, di cisti della gelatina, di raccolte sanguigne nella seconda, e non è meraviglioso, soggiunge il Dorhn, che tali fenomeni siano più pronunciati nel dominio della vena anzichè in quello delle arterie. A spiegare la mancanza di rotture di vasi del funicolo, questo ostetrico fa osservare di non essere mai riuscito a produrre rotture delle pareti vascolari colla torsione artificiale fatta

su cordoni freschi. Inoltre a lui pare che la frequente coincidenza delle cisti del cordone colla torsione, sia una prova decisiva della loro formazione durante la vita, perchè, secondo il Dohrn, esse cisti rappresenterebbero un effetto della stasi venosa.

La questione quindi è ancora sub judice, però è lecito asserire che la maggioranza dei moderni ostetrici segue la opinione di Martin e Ruge. Mi piace però qua ricordare che il prof. G. B. Fabbri in una memoria sua intorno al *parto pretermesso o mancato nei bruti domestici e nella specie umana* (1) spiega « l'attortigliamento e assottigliamento di alcuni centimetri del tralcio ombelicale che in prossimità della sua inserzione all' addome ebbe osservata più volte il ch. prof. De Billi » ammettendo « un'atrofia in lunghezza e grossezza del tralcio medesimo, e più forse della parte membranosa e cellulare che dei vasi che lo compongono. »

Quanto ai nodi del cordone, il parere del Levret, Baudelocque, Caseaux (2), Devilliers (3) e Chantreuil (4), secondo il quale questi nodi non sono mai la causa della morte del feto, è anche al dì d' oggi quello di quasi tutti i cultori dell' ostetricia. — Vero è che talora è sorto qualcuno a sostenere la tesi contraria, come ad esempio non è molto il Gueniot (5), ma e la prova sperimentale del Tarnier che ha visto che il liquido iniettato in un cordone annodato in modo stretto può tuttavia passare, e la più parte delle osservazioni cliniche del Depaul e dell'Hecker (6) provano che i nodi del cordone sono stati quasi sempre compatibili colla vita del feto. — Quest'ultimo autore anzi ha raccolto 83 casi di nodi del cordone su 20515 parti della Maternità di Monaco, ed ha constatato che degli 11 feti nati morti

---

(1) Vol. V della serie 2ª delle Mem. dell'Accad. delle Scienze dell'Istituto di Bologna, 1866.

(2) « Traité de l'art des Accouchement. » Paris, 1853.

(3) « Recueil des Mémoires et d'Observations sur l'Accouchement. » T. I. Paris, 1862, pag. 246.

(4) « Des dispositions du cordon, etc. » Thèse. Paris, 1875.

(5) *Archiv. de Tocologie.* Février 1881.

(6) *Archiv. f. Gynaek.* Band XX, Heft. 3.

su 83 aventi nodi sul cordone, in 9 la morte era manifestamente da attribuirsi ad altre cause; solo in 2 casi di feti maceri i nodi potevano essere sospettata causa della morte di quelli. Prevale quindi la opinione, ripetuta anche nel Trattato d'Ostetricia dello Schroeder, che i nodi del cordone o non cagionano la morte del feto o la cagionano molto raramente, e solo se complicati od a ravvolgimenti del funicolo a parti del corpo fetale, od a brevità assoluta del cordone stesso.

Ma veniamo alle circolari del funicolo attorno al collo, ed ai loro effetti sulla vita del feto, argomento appunto del presente studio.

Le circolari del cordone attorno al collo del feto sono frequentissime, e non è certo nell'indole di questo lavoro il determinarne la frequenza precisa, e le cause sue principali.

Nella bella monografia di Chantreuil si trovano a questo proposito dati statistici molteplici e numerose citazioni, dall' esame delle quali l'autore trae la conclusione che si ha una circolare del funicolo su 6 parti (1). — Quello che interessa per lo studio della possibile compressione del funicolo avvolto al collo è lo spoglio dei dati statistici sparsi qua e là nella letteratura di questo argomento, per vedere poi, dopo esposta la parte sperimentale, se, e qual nesso esista fra le conclusioni cliniche e le sperimentali in proposito.

Nel citato lavoro di Chantreuil l'argomento della prognosi delle circolari al collo è diviso in due parti, nella prima delle quali l'autore tratta degli effetti della brevità relativa del cordone da esse prodotta, nella seconda esamina i danni derivanti dalle circolari, esclusa la possibile conseguente brevità. Io mi varrò solo di quest'ultima parte non interessandomi punto, per la tesi attuale, quella che concerne le circolari come causa di brevità del tralcio ombelicale.

In altri tempi le circolari al collo erano considerate dal Riolan, Bartholin (2) ed altri, come atte a scongiurare i danni di un cordone troppo lungo e ad impedirne quindi le procidenze. Il Depaul (3) mo-

---

(1) Chantreuil, lav. cit., pag. 17.

(2) Citati dal Chantreuil.

(3) « Clinique obstétricale, » p. 539.

strasi dello stesso avviso quando trattasi di presentazione podalica; Guillemeau (1) invece teme la presenza delle circolari sempre, ed energicamente raccomanda alle levatrici di disfarle durante il parto. Mauriceau (2) ha visto morire 3 bambini su 15 aventi circolari; De la Motte (3) 2 su 6 1[2, Schurig ha constatato più volte la morte del feto avvenire pel fatto dei giri del funicolo, ma non cita cifre. Il Levret riporta 2 osservazioni nelle quali il feto soccombette per causa delle circolari attorno al collo. Lo Smellie cita 2 casi di morte su 5 bambini presentanti questa anomalia. Roederer 3 morti su 4. Fatti analoghi sono citati dal Burton, dall'Osiander, dallo Stein, dal Carus, dal Ritgen (4).

Sui 13 casi di Credé (5), in 4 feti era impossibile attribuire la morte ad altre cause che non fossero le circolari al collo.

Questi fatti peraltro sono poco numerosi e troppo vaghi per fondare su essi delle conclusioni sicure. Riuniamo le statistiche contenenti un numero più grande di osservazioni per vedere quali fatti ponno da esse scaturire. Sickel (6) su 725 bambini con circolari ne osservò 45 nati morti, cioè 1 su 16; non tenne conto dei nati in istato di morte apparente e rianimati.

Mayer (7) su 3584 bambini nati all'ospedale di Heidelberg nella sezione del Naegele in un lasso di 14 anni, ne ha trovato 685 con circolari, di essi 564 sono nati vivi, 72 in istato di morte apparente, e 45 morti; di questi poi solo 18 pel fatto delle circolari. Da questa statistica risulterebbe 1 morto su 38 feti con circolari, ed 1 in istato di morte apparente su 9.5 pure con circolari.

Veit in una statistica della Maternità di Marbourg trova 1 morto

---

(1) « L'heureux accouchement. » 1609, p. 171.

(2) « Traité des maladies des femmes grosses et accouchées. » Paris 1721.

(3) « Traité complet des accouchements naturels, etc. » Paris 1721.

(4) Tutti citati nel Chantreuil, lav. cit.

(5) *Klinische Vorträge über Geburshulfe.* Berlin, 1853, pag. 670.

(6) *Schneidt's Jahrb.*, tav. VIII, 1859.

(7) « De circunn. frenic. ombilic. factus hand raro infestis. » Diss. inaug. Heidelberg, 1842, pag. 11.

su 40, ed 1 asfittico su 10 aventi il funicolo attorno al collo; ed in una statistica della Maternità di Dresda 1 morto su 49. Da una statistica propria (1) poi deduce che in 442 feti con circolari al collo ed al tronco, su 2550 parti, ne ha osservato 63 in istato di morte apparente e 7 morti, cioè 1 su 63 di questi, ed 1 su 7 dei primi; mentre sui rimanenti 2108 senza funicolo attorno al collo avrebbe avuto 1 nato asfittico su 25 ed un morto su 92.

Hecker su 385 casi di avvolgimento di cordone ha avuto 21 asfittici, 2 morti durante il travaglio, e 6 macero-putrefatti.

Druffel (2) ricercando il rapporto dei nati asfittici e morti aventi circolari con quelli senza circolari trova 1 su 31 pei nati morti; pei nati asfittici non rianimati 1 su 13. 7 e pei rianimati 1 su 8. 2.

Chantreuil (3) alla Clinica del Depaul in 697 feti con circolari (su un totale di 6075 parti) ha trovato 12 morti su 80; di questi 12, solamente 8 rimangono a carico delle circolari del funicolo; si avrebbe quindi 1 morto su 120.

Torggler (4) su 2183 parti dal 1.° ottobre 1881 al 31 marzo 1887 nella Clinica Ostetrica di Innsbruk, ha notato 204 feti con circolari, dei quali 179 nati vivi, e 25 asfittici, cioè il 13. 4 0[0; di questi 25, 5 non poterono essere rianimati, cioè il 20 0[0. Mentre poi sulla generalità dei feti non trova che 88 asfittici, cioè il 3.9 0[0, ed il 20.3 0[0 non rianimati.

L'Antonini (5) su 363 casi di avvolgimenti del funicolo attorno al collo osservati nella Clinica di Padova, trova 44 bambini con segni di apoplessia, la quale in 28 casi dipendeva dagli avvolgimenti; in altri 13 si avevano gravi complicazioni.

Queste principali statistiche riassunte e ridotte tutto allo stesso

---

(1) *Monatschrift für Geburts.* Tav. XIX, pag. 290.

(2) Dissert. inaug. Marbourg, 1813.

(3) Lav. cit., pag. 37.

(4) « Bericht über die Thatigkeit der Geburts; und Gynaek. Klinik zur Innsbruck. Prof. Schauta. » Praga, 1888.

(5) « Cenni statistici intorno alle irregolarità riferibili alla gravidanza tratti dalla Clinica Ostetrica di Padova. » 1864.

tipo danno pei soli nati asfittici cifre abbastanza concordi, come si può vedere nello specchietto seguente:

Autori	
Mayer	1 su 9.5
Veit (Marbourg)	1 » 10
Veit (statistica propria)	1 » 7
Hecker	1 » 7.5
Druffel	1 » 7.4
Torggler	1 » 8.2
Antonini	1 » 13

quindi 1 nato asfittico su 8.93 feti venuti alla luce con avvolgimenti del funicolo.

Quanto ai nati morti o profondamente asfittici e non rianimati, si hanno cifre troppo disparate per poterle riunire e dedurne una media, giacchè mentre pel Sickel si avrebbe 1 morto su 16 nati con circolari, per Mayer e per Druffel 1 su 31, per Veit nelle sue varie statistiche 1 su 40, 1 su 41 ed 1 su 63, si avrebbe invece pel Chantreüil 1 su 120, e per Hecker 1 su 192.

Risulterebbe quindi dall'esame dei fatti clinici che le circolari al collo producono con una frequenza maggiore del consueto lo stato di asfissia nel feto. Infatti se noi dimandiamo alla statistica il confronto fra il rapporto dei nati asfittici aventi circolari cogli asfittici senza funicolo al collo, troviamo:

Autori	*Nati asfittici*	
	con circolari	senza circolari
Veit	1 su 7	1 su 25
Torggler	1 » 7.4	1 » 25.6

e cioè che con una frequenza più che tripla nascono asfittici feti che mostrano il tralcio avvolto al collo, di quello che accada di feti che non presentano questa anomalia.

Lo stesso confronto fatto fra i nati morti con avvolgimenti e quelli senza ci dà

Autori	*Nati morti*	
	con circolari	senza circolari
Veit	1.63	1.92
Torggler	11.9 0[0	10.1 0[0

Vale a dire che mentre esiste differenza anche a questo proposito fra i feti presentanti il cordone al collo, e quelli che non lo presentano, pure essa è molto ma molto meno accentuata di quello che ci abbia mostrato la statistica degli asfittici. Dal che potrebbe concludersi che non è poi tanto grande il pericolo degli avvittichiamenti del funicolo attorno al collo relativamente alla vita del feto.

Vedremo che dagli esperimenti da me istituiti scaturiranno conclusioni molto simili a quelle dedotte dalla statistica. La quale se in tesi generale offre, massime in argomento come questo, il fianco a molte obbiezioni, quando mostra risultati concordi, come quelli che abbiamo ottenuto raffrontando i dati di molti autori intorno alla più frequente asfissia dei feti aventi il cordone ombelicale avvolto al collo, acquista un valore grande, che aumenta indiscutibilmente quando anche i fatti sperimentali vengano ad appoggiarla.

In quanto poi al modo con cui le circolari del funicolo al collo ponno favorire l'asfissia del feto e minacciarne l'esistenza, leggesi nella monografia di Chantreuil (1) che nella presentazione del vertice il cordone che circonda il collo può essere compresso, al momento del disimpegno della testa, fra l'arco inferiore del pube della madre e la nuca del feto; che allorquando il feto discende nell'escavazione pelvica le circolari ordinariamente si serrano di più attorno al collo, e non solamente allora esse vengano strette sulla parte fetale colla quale si trovano in rapporto, ma comprimano la faccia anteriore del collo e

(1) Lav. cit., pag. 37.

particolarmente le vene giugulari. Il cordone può ancora essere compresso fra la parte fetale ed i bordi dell' orificio uterino contratto spasmodicamente (Stein). Nelle presentazioni di faccia la compressione del cordone si produce ordinariamente come nelle presentazioni del vertice, ma può effettuarsi alle volte anche in un altro modo singolare; così si è visto (Stein) il funicolo compresso fra il dorso e l'occipite del feto.

Seguitando, l'autore passa a considerare i danni delle circolari al collo nelle presentazioni podaliche, ma questo esce dal mio argomento,

In un altro lavoro non meno importante di quello di Chantreuil, del Devilliers (1) leggesi: quanto alla compressione del cordone ombelicale essa è assai comune e compromette la vita del bambino più sovente assai che non si creda generalmente. Smellie, Valpeau, Caseaux e la più parte dei moderni autori convengono peraltro che è alla brevità accidentale del cordone ombelicale che si deve la compressione dei vasi del cordone stesso e la restrizione dei vasi del collo. In 25 casi però di semplici circolari del cordone senza concomitante brevità accidentale, l'autore narra d'aver visto gli stessi accidenti prodottisi nel feto, sovente meno gravi, ma alle volte anche gravi e pericolosissimi. Così in 15 casi la compressione produsse un malessere momentaneo ma manifesto, rivelato o da uno scolo prematuro di meconio, o, al momento della nascita, da tutti i segni esterni della congestione. In altri 7 casi gli accidenti furono più gravi e andarono fino alla morte apparente per intasamento delle vie respiratorie; in un caso il bambino nacque asfittico, fu rianimato, ma l'ingorgo delle vie aeree per inspirazioni di gran quantità di meconio e mucosità, lo condusse a morte dopo 24 ore. Il Devilliers non accenna ad alcun meccanismo speciale che produca la compressione del cordone, ed anzi mostra di credere che essa dipenda dallo stringersi delle circolari al collo, e si effettui per opera della sola parte attorno a cui il funicolo è avvolto.

---

(1) Lav. cit., pag. 237.

In questi ultimi anni la modalità eziologica, onde le circolari cagionano o l'asfissia o la morte del feto, invocata di preferenza e da qualcuno esclusivamente, è lo strangolamento che il funicolo stesso potrebbe produrre. A parere di molti l'asfissia o la morte per la compressione dei vasi del funicolo avvolto al collo sarebbe o impossibile o eccezionale; sarebbe invece la compressione del cordone sui vasi del collo che cagionerebbe la morte apparente o reale dei neonati.

Abbiamo già visto che tanto il Devilliers quanto lo Chantreuil accennano al concetto dello strangolamento, anzi il primo (1) scrive a questo proposito: In 26 casi di brevità accidentale il bambino mi ha mostrato 15 volte segni di congestione viva con tinta rosso-violacea dei tessuti cutaneo e mucoso, sia alla testa sia alle estremità pubiche, stato che si è dissipato più o meno rapidamente sotto l'influenza dei mezzi ordinari (salasso del cordone in 5 casi). — In tre casi gli accidenti di compressione e d'asfissia furono talmente prolungati che la morte ne fu la conseguenza immediata. L'autore constatò in questi casi, e sopratutto in quelli in cui le circolari erano molto serrate attorno al collo, tutti i segni necroscopici di una congestione violenta o di uno spandimento sanguigno considerevole del cervello e delle sue meningi.

Il Saenger (2) in seguito all'esame minuto di un caso occorsogli, citate le opinioni controverse di Veit ed Hecker pei quali la morte sarebbe sempre il risultato della compressione ed obliterazione dei vasi del cordone, e quella di Gasper e Liman pei quali la morte può prodursi esclusivamente per congestione cerebrale, conclude favorevolmente allo strangolamento. Invero nel caso del Saenger sarebbe difficile sostenere un'opinione diversa; infatti il bambino presentava fatti patologici nella circolazione cervicale e craniana in tutto analoghi a quelli che si osservano negli individui morti per strangolamento. Così l'aspetto del neonato presentava i caratteri tipici dello strangolamento degli

---

(1) Lav. cit., pag. 238.

(2) « Zur Frage von der Nabelschnürstrangulation unter der Geburt. » *Archiv. f. Gynaek.* B. XIV, Heft. 1, pag. 90.

adulti, e cioè l'impronta del cordone era circolare ma più marcata sui lati; esso cordone formava un solco trasverso lungo parecchi centimetri, perdentesi indietro verso la nuca, offrente delle suggellature nere, e dividente la pelle del collo in 2 parti che rappresentavano come un doppio mento; detta pelle era tesa, gonfia, di colorito bluastro-scuro, disseminata di echimosi; gli occhi erano sporgenti, la lingua sporgente e serrata fra le mascelle; un coagulo sanguigno isolava i tegumenti del pericranio su tutta l'estensione della volta craniana; il cuojo capelluto presentava al taglio numerose tacche emorragiche ed il pericranio pure era infiltrato di sangue. Tutte queste lesioni, e cioè stasi venose, edema, emorragie del collo, della faccia e dei tegumenti del cranio, soggiunge il Saenger, erano dovute a compressione delle giugulari esterne. — Il cervello era anemico per compressione delle carotidi, nello stesso tempo che era edematoso; l'edema della glottide spiegava la mancanza di liquidi nella trachea; le echimosi sotto-pleuriche e sotto-pericardiche erano i soli indizi della soffocazione determinata dalla paralisi dei centri respiratori e circolatori.

In presenza di questi segni non si può attribuire la morte all'arresto della circolazione funicolare, perchè, osserva sempre l'autore, tali fenomeni di strangolamento non erano possibili che colla continuazione della circolazione nel cordone ombelicale. Tale strozzamento poi, secondo il Saenger, sarebbesi prodotto e potrebbesi in altri casi produrre per il solo fatto della discesa della testa, anche in casi in cui il cordone avesse una certa lunghezza; ed infatti nel caso da lui riferito il tralcio era lungo 66 cent., e non faceva che un giro attorno al collo. — Alla discussione (1) cui diede luogo questa comunicazione del Saenger presero parte il Meissner, il Leopold e l'Ahlfeld; il primo e l'ultimo sostenendo l'inverosimiglianza dello strangolamento dato dal cordone durante la discesa dalla testa, appoggiandosi il Meissner alla cedevolezza del punto della parete addominale a cui aderisce il funicolo, e

(1) *Archiv. für Gynaekologie.* Band XIV, Heft. 2, pag. 312.

l'Ahlfeld riferendo lo strozzamento più che al cordone alle contrazioni uterine, ed adducendo la possibilità che, siccome il feto presentava segni indubbi di sifilide, questa fosse stata la causa della morte di esso. Il Leopold però mostrossi del parere del Saenger, purchè all'azione del funicolo si unisca contemporaneamente l'azione dell'utero premente sul collo. — Sfortunatamente in questo caso il Saenger non potè seguire durante il travaglio del parto i mutamenti del doppio battito che avrebbero portato forse un po' di luce su questo fatto interessantissimo.

Caso, fra gli altri pochi, analogo a quello del Sänger di strangolamento durante il parto è quello del Baily (1) nel quale il cordone di 40 pollici di lunghezza faceva sei giri serrati attorno al collo; la faccia del feto era livida, attorno al collo notavasi una echimosi pronunciata che persistette per 24 ore; il feto fu rianimato. In questo caso il cordone era molto lungo, ma faceva però sei giri attorno al collo, mentre in quello del Sänger, non ne faceva che uno. Il fatto del Sänger è tutto speciale, e se si deve credere all'autore casi consimili non sarebbero rarissimi ad avvenire ed anche a sacco intatto; a prova della qual cosa egli ricorda d'avere parecchie volte attraverso il sacco potuto constatare edema del cuoio capelluto in cui niun altra causa poteva averlo prodotto all' infuori di una compressione dei vasi del collo del feto per opera del funicolo.

Tali fatti son ben diversi dai casi di strangolamento durante il corso della gravidanza, e nei quali il cordone fu visto tanto strettamente avvolto al collo da essere veramente cagione di morte al feto. In questi casi la cosa avvenne lentamente durante la gravidanza, in quelli sarebbe avvenuta rapidamente durante il travaglio. Un caso di strangolamento in gravidanza, oltre a quelli già noti di Credé, di Blume, Hillayret, Bartscher, Taxil, ecc., è stato, non è molto, descritto dal Fraenkel (2) che ha osservato lo strozzamento in un feto gemello per

---

(1) *Lancet*, 1869., T. I, pag. 364.

(2) *Centralblatt f. Gynaek.* N. 3, 1883.

opera del proprio cordone, ed espulso quando l'altro gemello rimasto vivo fu a termine; in questo caso i solchi del cordone molteplici, profondi e duraturi, la pronunciata tendenza del funicolo a riprendere la forma che aveva attorno al collo, e l'assottigliamento di questo non ponno lasciare alcun dubbio intorno alla vera causa della morte del feto. Anche nei fatti di questa specie gli ostetrici non si accordano sulla causa vera della morte dei feti in gravidanza; infatti alcuni parteggiano per la interruzione del circolo sanguigno nel cordone, altri per lo strangolamento vero, possibile qualora si pensi che il collo circondato da numerose circolari di funicolo, seguita a crescere col crescere delle restanti parti del feto, e le volute divengono perciò troppo strette ed esercitano una vera azione strozzante.

Mi sia permesso, senza porre in dubbio la spiegazione del caso del Sänger, nel quale forse qualche circostanza speciale sfuggita all'attenzione di chi assisteva al parto, poteva rendere relativamente corto il cordone e quindi possibile lo strangolamento, mi sia permesso, ripeto, dubitare che la possibilità dello strangolamento sia il fatto frequente, e che i danni delle circolari di funicolo attorno al collo siano più di spesso rappresentati da compressioni dei vasi del collo anzichè da quella dei vasi ombelicali. Lo strozzamento è possibile, e ciò è ampiamente addimostrato dai casi clinici esposti, ma non è certamente la causa comune di morte reale od apparente dei feti col funicolo al collo, bensì una rara eccezione; occorrono forse condizioni speciali oltre alla brevità relativa, condizioni che al dì d'oggi non sono punto conosciute.

A queste varie opinioni intorno agli effetti degli avvolgimenti del funicolo al collo del feto e ai danni che ponno a questi derivare, niuno aveva pensato aggiungere che, come nella forzata estensione il cordone può, secondo il parere di Stein, venire compresso fra il dorso e l'occipite, possa pure soffrire compressione quando il capo venga condotto nel parto in una flessione assai pronunciata. Solo nel 1872 in una memoria (1) del mio illustre Maestro il prof. E. F. Fabbri è

(1) « Compressione del funicolo ombellicale avvolto al collo, considerazioni sul meccanismo del parto nelle posizioni posteriori. » Bologna 1872.

sostenuta coll'appoggio di due fatti clinici siffatta teoria. « In queste congiunture (testa flessa e funicolo al collo), dice il prof. Fabbri, la mandibola spinta a forza contro il collo e contro il petto non può a meno di comprimere il funicolo frapposto, e mettere in grave pericolo la circolazione fra feto e placenta. » Oltrechè in questa memoria il Fabbri aveva accennato alla possibile compressione del funicolo quando il capo esageratamente si flette, nella sua prima *Rivista Ostetrica* (1) edita nel 1870, ed il primo fatto clinico poi che gli fece sorgere l'idea in discorso venne da lui osservato nel dicembre 1869. Come nella flessione così anche nella forzata estensione per presentazione di faccia, pel Fabbri, era possibile la compressione del cordone fra occipite e dorso.

Come già esposi, il Chantreuil dice che lo Stein ammetteva la possibilità che il funicolo rimanga compresso fra la testa estesa e il dorso nella presentazione di faccia, ma non cita il passo di quell'autore. Io non ho potuto consultare che l'opera classica di I. W. Stein (2) il vecchio, tradotto in francese dal Briot sulla quinta edizione tedesca, nella quale a pag. 63 della prima parte è detto: « le cordon ombilical en se tournant autour du col égorge pour ainsi dire l'enfant... » a pagina 73 parlasi delle circonvoluzioni del cordone senza parlare della pressione del cordone, e a pagina 136 della seconda parte, a proposito dell' incuneamento della testa in presentazione di faccia (e per incidenza di quello in forte flessione del capo), non parlasi di funicolo al collo. Non posso quindi riferire in qual modo lo Stein esponesse la sua idea; certo è però che quel suo pensiero passò inavvertito non solo per noi, ma anche pei tedeschi che nei loro trattati non ne fanno motto, tantochè nel 1889 potè lo Schmit di Praga esporre come cosa nuova un pensiero identico a quello dello Stein. Quello che è certo si è che il prof. E. F. Fabbri nel suo lavoro del 1872, pubblicando i casi clinici osservati nel 1869, e deducendone che nella forte flessione del capo il *funicolo avvolto e stretto al*

---

(1) *Rivista Clinica*, aprile-maggio 1870. Bologna.

(2) Stein G. G. « Art. d'Accoucher. » Paris, 1804.

collo può rimanere compresso fra questo e la testa; e per analogia inferendone che anche nella forte estensione propria della presentazione di faccia egual fatto poteva accadere, egli non esponeva una semplice ipotesi, ma per le esatte osservazioni cliniche, per la critica dei sintomi clinici notati, per l'esperimento ripetuto entro il bacino secco e per le norme pratiche dedottine, egli stabiliva il fatto in modo indiscutibile. Sicchè a lui spetta, come dice il Corradi, di avere *eretta in entità clinica a sè la compressione del funicolo avvolto al collo* (1).

Dal 1872 niuno era tornato sull'argomento, ed il lavoro del Fabbri era rimasto purtroppo dimenticato, finchè nel Congresso di Pavia (2) l'illustre prof. Tibone lo rivendicò dall'ingiusta dimenticanza. Egli a proposito d'un contributo allo studio delle cause della morte del feto nel corso del sopraparto, disse, come prescindendo dai casi in cui viene in scena evidente il fattore accorciamento, resta un po' più oscura la ricerca allorquando si avvera la compressione del funicolo indipendentemente dal prolasso. Sovra questo argomento chiamò l'attenzione degli ostetrici il prof. E. F. Fabbri; e più avanti, sebbene sia il Fabbri sullo stesso argomento ritornato, publicando nell'anno 1876 il rendiconto sanitario della Maternità di Bologna pel biennio 1869-70, nel quale venne riprodotta per intero la prima osservazione, ciò nulla meno esso venne dagli ostetrici lasciato cadere nell'oblio; e ne fa fede il silenzio dei nostri migliori trattatisti e dei clinici rendiconti, e di tutta la letteratura nostra. Di modo che siamo sovra tale materia quasi interamente sul terreno dell'induzione. Non si conosce ancora, continua l'illustre ostetrico torinese, nelle varie condizioni sopra indicate, come quando ed in quale misura possa la pressione arrivare sino alla interruzione del circolo feto-placentare; e durare questa interruzione sino alla morte del feto. È codesto un quesito meritevole di essere sottoposto a studio sia cogli sperimenti che colle osservazioni cliniche.

---

(1) « Dell'ostetricia in Italia, ecc. » Bologna, pag. 2287

(2) « Atti del XII Congresso dell'associazione Medica-Italiana. » Pavia, sett. 1887.

Nel 1889 un ostetrico di Praga, lo Schmidt (1) narrando un caso in cui il feto in presentazione di faccia col funicolo attorno al collo venne a morire sul principio del travaglio senza alcuna cagione manifesta, ricorre all'ipotesi della compressione del funicolo tra occipite e colonna vertebrale, senza citare l'ostetrico italiano.

Recentemente poi il Truzzi, trattando di una rara causa di presentazione podalica immutabile, e di morte del feto in gravidanza (2), riporta a mo' di ricordo la teoria del Fabbri richiamata in onore dal Tibone, senza portarvi contributo alcuno.

---

(1) *Centralblatt für Gynaekologie*, 1889. N. 37, pag. 651.

(2) *Annali di Ostetricia e Ginecologia.* Milano, luglio 1890.

(*Continua*).

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN NOVARA

Intorno alle variazioni fisiologiche nella proporzione numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino

PEL

DOTT. ETTORE TRUZZI

Professore Direttore.

Sotto il titolo « *Intorno al rapporto tra l'utero gravido ed il numero delle cellule bianche nel sangue della circolazione uterina* » appariva or sono due anni negli *Archiv. f. Gynaek.* (1) un lavoro sperimentale del dott. Mochnatscheff, assistente alla clinica ostetrica di Lébédéff a Pietroburgo. Era un primo contributo allo studio sperimentale di un' interessante quistione, la quale a sua volta, come vedremo, si trova in qualche modo connessa collo studio di altri problemi, come a dire, la origine della leucocitosi gravidica, la condizione anatomica della mucosa uterina ed il meccanismo di nutrizione del feto durante la gravidanza.

Mi affretto a dire che, all'istesso modo che l'accennato lavoro di Mochnatscheff non era che un primo abbozzo di ricerche sull'argomento, altrettanto questa mia pubblicazione, per quanto sia basata su un numero piuttosto considerevole di esperimenti sulla donna e sugli animali,

(1) FRAU D. MOCHNATSCHEFF. « Ueber die Beziehung zwischen der schwangeren Gebärmutter und der Zahl der farblosen Zellen im Blute, das dieselbe durchströmt. » *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, pag. 277.

non ha punto la pretesa di porgere delle conclusioni definitive, ma soltanto quella di rappresentare un secondo e modesto contributo allo studio di un argomento, che merita, parmi, l'attenzione degli studiosi e l'impegno di nuove ricerche.

Di taluna delle accennate quistioni, come del dubbio compito dei leucociti materni nel processo di nutrizione fetale, io ebbi già occasione di fare qualche fugace accenno in altra mia pubblicazione (1); e fin d'allora ero invogliato a fare delle medesime un programma di studio. Però, lo ripeto, l'impulso maggiore alle presenti ricerche fu la lettura del citato lavoro di Mochnatscheff, del quale, come di punto di partenza, parmi opportuno dare qui un sunto un po' esteso.

L'A. ricorda anzitutto come, in base alle ricerche di H. Nasse (2), di Virchow (3), di Paterson (4), di Maurel (5) e di altri, sia in oggi universalmente accettata l'opinione che durante la gravidanza e durante il periodo mestruale il sangue della donna si faccia più ricco in cellule bianche. Di un tal fatto, osserva l'A., la spiegazione è però affatto incerta: Isambert (6) in modo vago lo ritiene determinato da quel generale incremento nelle funzioni nutritizie, che è prodotto dalla gravidanza nell'organismo materno.

Spiegelberg (7), analogamente a Virchow, ritiene che la leucocitosi gravidica sia derivante dall'incremento anatomico e dalla conseguente iperattività fisiologica sia della rete linfatica uterina, sia delle ghiandole linfatiche pelviche e lombari.

A sua volta il Mochnatscheff, dopo avere passato in rassegna le opinioni di Henle, di Kundrath, di Wyder, di Leopold, di Johnston, sulla struttura dell'endometrio e più specialmente del tessuto interghiandolare, dopo avere ricordato come tale struttura abbia caratteri anatomici molto

---

(1) Truzzi. « Sperienze intorno al glucosio nelle acque amniotiche, ecc. » Milano, 1889.

(2) H. Nasse. « Untersuchungen zur Physiologie u. Pathologie. » 1839.

(3) Virchow. « Gesammelte Abhandlungen. » Frankfurt, 1856.

(4) Paterson. *Edimburg medical Journal,* 1870.

(5) Maurel. « De l'influence de la grossesse et des menstrues sur les éléments figurés du sang, etc. » *Archives de tocologie,* 1883.

(6) Isambert. Art. « Leucocythemie. » *Dictionn. encycl. d. sciences médicales* (Dechambre). Serie II, T. II, pag. 334.

(7) Spiegelberg. « Lehrbuch der Geburtshülfe. »

affini a quelli del tessuto adenoide e come tali caratteri si facciano più spiccati nelle epoche catameniali e specialmente durante la gravidanza, si pone questo quesito: *non è egli possibile che la struttura adenoide della mucosa uterina abbia influenza sopra l'aumento di leucociti nel sangue della gravida e della mestruante?*

Allo studio di tale quistione l'A. istituì una serie di esperienze (dodici) sopra donne gravide, nelle quali sottopose ad esame comparativo, con minimo intervallo di tempo possibile, il sangue della circolazione generale tolto da un dito, ed il sangue della cervice uterina: quest'ultimo veniva fatto gemere e raccolto da puntura del labbro anteriore del muso di tinca, messo in luce mediante speculum Cusco. L'A. raggruppa i risultati ottenuti in due tavole: nella prima (8 casi) il numero dei leucociti nel sangue della mano è superiore, quasi del doppio, a quello nel sangue della cervice uterina, nel mentre rimane pressochè invariato il numero dei globuli rossi. Ecco il prospetto riassuntivo degli otto esperimenti:

	Media delle emazie	Media dei leucociti	Rapporto
nel sangue della mano . . .	4. 456. 000	10. 442	1 : 427
» » della cervice uterina	4. 374. 000	5. 825	1 : 751

Nella seconda tavola stanno i risultati degli altri quattro esperimenti, nei quali invece il sangue della cervice uterina ebbe a dimostrarsi alquanto più ricco in leucociti che non quello della circolazione generale presa al dito. Ora, nel mentre negli otto esperimenti del primo gruppo trattavasi di gestanti in condizioni affatto normali, ordinarie, in tre dei quattro casi del secondo gruppo vi era stato e durava in scena al momento dell'esame un lavoro attivo contrattile dell'utero gestante. L'A. pertanto raffronta questi due opposti fenomeni:

contrazioni uterine assenti — scarsezza di leucociti nella circolazione uterina in confronto alla generale,

contrazioni uterine in atto — aumento dei leucociti nel sangue uterino e loro prevalenza numerica nel medesimo anzichè nel sangue della circolazione generale,

ed enuncia la seguente ipotesi: l'utero per la struttura adenoide dell'endometrio, resa più appariscente durante la gravidanza, è sede di una produzione attiva di cellule bianche, le quali in condizioni normali

e quando sia assente ogni indizio di attività contrattile uterina, sono in parte trattenute negli interstizii del tessuto ed in parte impiegate sia alla formazione della caduca, per loro eventuale trasformazione in cellule deciduali, sia alla nutrizione fetale, giusta l'avviso di quei fisiologi, come Rauber, che ammettono un trasporto di materiali dalla madre al feto a mezzo di leucociti migranti attraverso alla placenta. Un tale destino dei leucociti del circolo uterino sarebbe causa, per cui il sangue refluo si appalesi in gravidanza, a condizioni ordinarie, meno ricco di leucociti in confronto al sangue di altre parti del corpo.

Ma allorquando viene in scena il lavoro contrattile uterino, sia poi desso intempestivo o ad epoca normale, i leucociti dalla fina trama del tessuto adenoide, dove trovansi ammassati, sotto l'azione quasi di spremitura che vi subiscono, tenderebbero a migrare entro il lume dei vasi sanguigni, per modo che nelle vene si accentua subito la proporzione delle cellule bianche.

Il prof. Tarchanoff, consultato dall'A. sopra il significato delle accennate sperienze, avrebbe suggerito un'interessante analogia con quanto venne dai fisiologi osservato per la milza: in quest'organo, in caso di stasi, viene trattenuta una copia considerevole di cellule bianche e la vena splenica traduce un sangue impoverito di tali elementi fino al punto che dopo qualche tempo viene pure a diminuire il numero dei leucociti nel sangue della circolazione generale (1). Ma se, per stimolazione elettrica, si provocano contrazioni della milza così inturgidita, subito il sangue refluo si fa più ricco in leucociti che non quello dell'arteria splenica (2). A conferma di tali concetti, nel lavoro di Mochnatscheff viene altresì ricordato un caso descritto da Bogomoloff (3) di un paziente, nel quale la milza notevolmente ingrossata diminuì rapidamente sotto l'uso locale della faradizzazione ed il cui sangue della circolazione generale presentava ad ogni seduta un cospicuo aumento di leucociti.

Sopra tali analogie tra milza ed utero può basarsi a mente dell'A.

---

(1) Tarchanoff et Swaen. « Des globules blancs dans le sang des vaisseaux de la rate. » *Arch. de physiologie normale et pathologique.*

(2) Foster. « Lehrbuch der Physiologie. » Parte II.

(3) Mochnatscheff. Loco citato, pag. 286.

una chiara spiegazione di un fenomeno già riscontrato da Malassez (1), da Fouassier (2), da Kosin ed Eckert (3), *l'aumento cioè di leucociti nella massa del sangue durante il soprapparto:* Malassez, ad esempio, avrebbe trovato in un caso avanti il parto 7800 leucociti per mmc.; 12 ore più tardi, dopo il parto, la cifra di tali elementi era salita a 18900! Un tale incremento dei leucociti nella massa totale del sangue troverebbe specialmente sua spiegazione nel fatto che durante il succedersi delle contrazioni del travaglio verrebbero appunto come spremuti entro il territorio vasale quei leucociti, che prima trovavansi abbondantemente infiltrati nel tessuto adenoide interghiandolare del viscere gestante, analogamente appunto a quanto succede per la milza quando turgida per stasi sanguigna viene sottoposta a protratta faradizzazione.

L'argomento, come si vede, non è privo d'importanza, la quale anzi ancor meglio si rivela, se si prendono in considerazione le questioni collaterali, che con esso si collegano, ad esempio, il contributo dei leucociti alla formazione della decidua, e l'ufficio dei medesimi nell'agevolare lo scambio nutritizio tra madre e feto.

Di queste due idee è specialmente la prima quella che va guadagnando sempre maggiore terreno; la possibilità invece di una migrazione di cellule bianche attraverso al filtro placentare e la supposta cooperazione di queste ultime al trasporto di materiali nutritizii è quistione tuttora un po' dubbia, per quanto forse non lontana dall'avere una soluzione definitiva. Chi l'ha sostenuta con maggior impegno è stato come si sa il Rauber, tantochè questa dottrina porta anche il nome di tale autore. Il Preyer le concesse il suo autorevole appoggio e nella sua opera sulla *Fisiologia speciale dell' embrione*, dedica interessantissime pagine alla illustrazione di tale argomento. Il Preyer ricorda anzitutto la difficile diffusibilità delle albumine, tanto indispensabili alla nutrizione fetale, e l'incomprensibile diffusione del grasso attraverso a pareti vasali. « Se si pesano, scrive l'A., tutte queste difficoltà, le quali sono in antagonismo colla opinione, universalmente divulgata, di un passaggio

---

(1) Malassez. *Archives de Physiologie,* 1874.

(2) Fouassier. « De la numération des globules du sang dans les suites des couches physiologiques, etc. » Thèse de Paris, 1876.

(3) Kosin ed Eckert. *Medizinskii Westnik,* 1883.

abbondante di elementi nutritivi per diffusione dal sangue della madre in quello del feto, che circola nella placenta, si acquista la prova, che un altro modo di passaggio di questi materiali, vale a dire il trasporto dell'albumina, del grasso, degli idrati di carbonio, della lecitina e di altri corpi composti, anche salini, a mezzo della migrazione dei leucociti è non soltanto ammissibile, ma necessario (1). » E dopo aver ricordato come prova indiretta di una tale migrazione l'aumento dei leucociti che si riscontra negli ultimi stadii della gravidanza tanto nel sangue materno che nel fetale, il Preyer scrive: « Ma per avere una prova diretta od una causa di probabilità di questa migrazione di globuli linfatici, si deve studiare il sangue della vena ombellicale sotto il punto di vista del suo contenuto in leucociti, e paragonarlo con quello delle arterie ombellicali. Se in quest'ultimo si riscontrano meno numerose le cellule incolore (nel loro rapporto colle emazie) in confronto al sangue della vena ombellicale, non può essere allora che verosimile la supposta migrazione di globuli bianchi (dalla placenta) nel sangue fetale. Tali esperimenti comparativi vennero istituiti da Rauber nel modo seguente: praticò una sezione di esatto spessore ad un segmento di cordone legato ai due estremi ed indurito nell'acido cronico; e numerò i globuli sopra superfici eguali. Rauber trovò, alle diverse età del feto maggior numero di globuli linfatici nella vena ombellicale che non nelle arterie, all'incirca nel rapporto 12 o 13 : 11. La differenza benchè minima, ha un valore non comune in causa della costanza onde si verifica (2). »

Nell'opera di Preyer, alla quale per non estendere troppo la citazione rimando il lettore, seguono poi interessanti considerazioni intorno alle relazioni, che si ponno ammettere, tra questo concetto della migrazione dei leucociti attraverso la placenta, e gli studii di Ercolani, di Bonnet, di Spiegelberg, di Hoffmann sulla dottrina del così detto *latte uterino*. Nel mio citato lavoro sulla valutazione e significazione del glucosio in alcuni prodotti ovo-fetali ho fatto qua e là cenno di queste ipotesi sulla migrazione dei leucociti nel compito della nutrizione del feto, dimostrandomi anche allora piuttosto favorevole alla stessa (3). Ed in realtà l'op-

---

(1) W. Preyer. « Physiologie spéciale de l'embryon. » Trad. Wiet. Paris, 1887, p. 266.

(2) Preyer. Opera citata, p. 266-67.

(3) Truzzi. Loco citato, p. 36, 43, 46.

posizione mossa a tale concetto sopratutto per parte di Sänger, se ci obbliga a fare riserve nell'accettarlo, non mi sembra però così fondata da togliergli ogni valore: il Krukenberg, in uno dei suoi accurati lavori sperimentali (1), per spiegare il passaggio dalla madre al feto di cinabro e di oltremare, mentre l'istesso fatto non potè riscontrare pel solfato di bario e pel *Bacillus prodigiosus*, mette in campo due ipotesi: nella prima cioè ammette che talune sostanze inorganiche producano più facilmente lesioni anatomiche in grembo alla placenta e rendano perciò possibile il proprio passaggio, mentre nulla di ciò avviene per un elemento com'è il *Bacillus prodigiosus* (che è organico e che per di più tra i microorganismi non appartiene al gruppo dei patogeni). Nella seconda sua ipotesi, il Krukenberg ricorre appunto al concetto della migrazione dei leucociti e suppone che il passaggio delle particelle di cinabro e di oltremare si verifichi in grazia delle cellule bianche, la cui cooperazione mancherebbe invece a favore del bacillo. Il Carbonelli nel suo recentissimo lavoro sull'infezione congenita di un feto (2) non solo ammette come passata ormai in giudicato la quistione della possibilità di una trasmissione dei bacteri patogeni della madre al feto attraverso la placenta, ma accennando alle modalità di una tale trasmissione, ricorda pur quella di un trasporto dei microorganismi a mezzo dei leucociti.

Ancor meglio assodata però, come già dissi, è l'ipotesi della contribuzione dei leucociti alla formazione della decidua. Infatti va facendosi strada il concetto che non unica ma molteplice sia l'origine delle cellule deciduali, e che i leucociti, migranti per diapedesi dalle sottilissime pareti dei vasi deciduali e specialmente di quelli di più recente formazione, abbiano una parte importantissima alla produzione degli elementi cellulari della decidua. Questa ipotesi, emessa da Henning (3), trovò di recente appoggio nelle ricerche di F. Luzi (gabinetto di anatomia comparata nell'Università di Roma), il quale in una sua nota preventiva

---

(1) Krukenberg. « Experimentelle Untersuchungen ueber den Uebergang geformter Elemente v. der Mütter zur Frucht. » *Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXI, Hft. 2.

(2) Carbonelli. « Infezione congenita di un feto con madre sana. » *Rivista di Ostetricia e ginecologia*, 1891, p. 281-88.

(3) Henning. « Studien ueber den Bau der menschlichen Placenta u. ueber ihre Erkrankungen. » Leipzig, 1872.

nell'aprile 1889 (1), poi in una successiva comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma (2), oltre opporsi al concetto della derivazione delle cellule della decidua dalle pareti dei vasi (Waldeyer, Ercolani, Romiti), sostenne appunto il principio che le accennate cellule traessero origine dagli elementi del tessuto connettivo e dai leucociti. Aggiungo per incidenza che il Luzi ritiene che i leucociti concorrano anche alla nutrizione del feto.

Il prof. Paladino in una memoria presentata il 27 giugno 1889 (3), sostenne pure questa genesi dai leucociti, per quanto non abbia escluso quella dal connettivo e dalle pareti dei vasi deciduali. Lo stesso Romiti, pure difendendo sempre la propria opinione di una derivazione, almeno parziale, delle cellule deciduali dalle pareti dei vasi, riconosce ed accetta anche la dottrina della origine di tali elementi tanto dal connettivo, che dai leucociti (4). Il Clivio in base alle proprie ricerche sullo sviluppo graduato della placenta in alcuni mammiferi (coniglio e topo) nelle diverse epoche della gravidanza, arriva alla conclusione che le cellule della decidua abbiano prevalente origine dagli elementi del connettivo della mucosa uterina, ma non esclude però che, in alcuni mammiferi e per una certa parte, possano concorrere alla formazione della decidua anche i leucociti; così nel topo riconobbe, oltre alla proliferazione degli elementi connettivali presistenti della mucosa uterina, una abbondante infiltrazione di elementi linfoidi, i quali tendevano per immigrazione ad accumularsi immediatamente sotto lo strato epiteliale della mucosa uterina e sembravano prendere parte attiva alla formazione della decidua; nei conigli tale concorso per parte di leucociti sarebbe quasi nullo, mentre il compito vi resta affidato in modo quasi esclusivo alla proliferazione delle cellule connettivali della mucosa (5). Ricorderò infine che

---

(1) Luzi. « Sulla provenienza degli elementi cellulari della decidua. » *Bullettino Società Naturalisti in Napoli,* Serie I, vol. III, p. 72, 1889.

(2) Id. « Sulla provenienza degli elementi cellulari costituenti la decidua della coniglia. » *Bullettino R. Accad. medica di Roma,* 1889-90.

(3) Paladino. « Dei primi rapporti tra l'embrione e l'utero in alcuni mammiferi. » *Giornale dell'Associaz. dei Naturalisti di Napoli,* 1889, vol. I, p. 6.

(4) Romiti. « Sull'anatomia dell'utero gravido. » *Monitore Zool., Ital.* Anno I, N. 1, p. 6. Siena 1890.

(5) Clivio. « Contributo alla conoscenza dei primi stadî di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi. » Nel volume dedicato al prof. Tibone, 1890.

il dott. Curatulo, libero docente a Roma, in un suo lavoro elaborato sotto gli auspici del prof. Durante (1), arriva pure alla conclusione che la derivazione delle cellule deciduali debbasi riguardare come assai complessa, tale da esigere il concorso di tutti gli elementi dello stroma interghiandolare, nonchè quello dei leucociti.

Queste considerazioni bastano, credo, a dimostrare non essere privo di interesse l'istituire ricerche comparative, massime a riguardo della proporzione delle cellule bianche, tra il sangue venoso uterino e quello della circolazione generale, per quanto cotali ricerche non possano contribuire allo studio delle accennate quistioni se non in modo affatto indiretto. Il sangue venoso infatti non presenta come l'arterioso, una quasi identità di composizione. Ogni organo ha, per così dire, il proprio sangue venoso particolare, la cui fisonomia ritrae l'espressione dei processi speciali, di cui l'organo è sede. È noto quanta luce abbia apportato allo studio della funzione del fegato, della milza, dei reni, l'esame del sangue refluo da tali organi, ed in particolar modo pel fegato l'esame comparativo del sangue delle vene epatiche, della vena porta e della giugulare. Per ciò che riguarda in modo speciale l'importanza dell'esame numerico di leucociti ci basterà ricordare i risultati di Hirt, di Vierordt, di Funke, sull'eccedenza di leucociti nel sangue della vena splenica in confronto a quello della omonima arteria.

Per l'utero, le ricerche istituite da Mochnatscheff mi sembrano assolutamente insufficienti sia per numero, sia anche pel metodo onde vennero condotte. Chiunque ricordi le difficoltà enormi di un'esatta valutazione numerica dei leucociti, i quali per una certa viscosità di loro superficie aderiscono facilmente fra di loro ed alla superficie interna dei vasi capillari, e nel sangue estratto dai vasi facilmente si distruggono (persino nella proporzione, secondo A. Schmidt, del 9[10), chiunque rifletta alle medie disparate, che vennero stabilite dai diversi fisiologi anche per l'uomo in istato normale, tenuto pur conto delle svariate condizioni fisiologiche in cui il soggetto si può trovare al momento dell'esame, deve di necessità ammettere che nessuna legge biologica

---

(1) Curatulo. « Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice e contributo allo studio dell'origine degli elementi della decidua. » *Annali di Ostetricia*, 1891, n. 2, p. 97-99.

può essere stabilita sul contegno e sulla proporzione numerica di questi labili elementi, se non a patto che le ricerche sieno numerose, opportunamente variate, così da rendere minima l'influenza delle circostanze sfavorevoli alla loro valutazione.

Anche la scelta del processo di numerazione può avere notevole influenza sul risultato; quello di Malassez, adottato da Mochnatscheff, non mi sembra il più opportuno.

Infatti le recenti indagini sul sangue hanno fatto conoscere come in taluni casi si riscontrino globuli rossi, un po' scolorati, leggermente granulosi, che si confondono con tutta facilità coi leucociti, dai quali si differenziano soltanto per la mancanza di nuclei; l'istessa attitudine, che presentano a lasciarsi penetrare da comuni sostanze coloranti, rende più facile lo scambio. Perchè la numerazione dia risultati attendibili, non vi è quindi mezzo migliore cha quello di sciogliere preventivamente tutte le emazie a mezzo di una soluzione di acido acetico (0,3 0[0]); una tal pratica oltre il vantaggio di eliminare esattamente dal compito tutte le emazie, normali ed alterate, ha pur quello di rendere i leucociti assai più appariscenti e quindi di più facile numerazione.

L'istesso programma che il Mochnatscheff nelle sue ricerche ha voluto seguire, presta facilmente il fianco alla critica, come del resto anche l'A. non ha mancato in parte di rilevare. Il sangue che geme da piccole incisioni del collo uterino, a periodo più o meno inoltrato di rammollimento gravidico, non può essere considerato come un vero *specimen* del sangue venoso *uterino* da paragonarsi al sangue venoso della circolazione generale. D'altra parte non è chi non riconosca che, se le eventuali variazioni nella proporzione numerica dei leucociti si vogliono far dipendere dall'accumulo dei medesimi nel tessuto interghiandolare, dalla contribuzione loro alla produzione degli elementi deciduali e dalla migrazione attraverso al tessuto placentare, non può essere l'ima parte del muso di tinca la sede anatomica migliore per le ricerche e, per quanto sieno ricche le anastomosi vasali nel circolo uterino, non è nel sangue venoso che stilla da tale regione che si potranno leggere le variazioni numeriche indotte dal descritto contegno dei leucociti nel sangue venoso del corpo uterino. La struttura infine della mucosa, che tappezza la superficie esterna della porzione sottovaginale del collo uterino, è tanto diversa dalla struttura dell'endometrio, che davvero fa meraviglia trovare che dai caratteri del sangue uscito

da capillari e venuzze di questa regione si siano volute trarne illazioni sul destino dei leucociti in grembo all' endometrio.

Gli è per tali ragioni che credetti opportuno informare il programma delle mie ricerche alla stregua dei seguenti tre criterii fondamentali:

— attenuare gl' inconvenienti, derivanti dalla grande variabilità numerica e dalla labilità dei leucociti, col ripetere in numero piuttosto notevole gli esperimenti,

— dare la preferenza ad un processo di numerazione, che fosse dalla esperienza dimostrato come il più attendibile, il più sicuro,

— istituire il maggior numero delle esperienze sugli animali, allo scopo di prendere il sangue direttamente dalle vene che partono dall'utero e confrontarlo col sangue venoso della circolazione generale, ad esempio, con quello di una grossa vena di un arto (*).

Queste mie ricerche, come quelle di Mochnatscheff, si riferirono alla semplice valutazione numerica dei leucociti. Le già ricordate difficoltà, inerenti specialmente alle notevoli e frequenti variazioni numeriche ed alla labilità di tali elementi, mi dissuasero dall'idea di estendere in quest'occasione le mie ricerche a temi molto affini e pure interessantissimi, come sarebbe stato lo studio della leucocitosi gravidica colla scorta dei nuovi criterii che si posseggono circa le differenze morfologiche e di costituzione dei leucociti. Sono note infatti, dal lato morfologico, le distinzioni tra le varietà mono e polinucleare, tra quelle a protoplasma finamente oppure grossolanamente granuloso, fra le varietà di leucociti a misure diametriche diverse, che ricordano secondo taluni l'origine diversa di tali elementi e che servono, in casi di leucemia, alla scolastica divisione della stessa in lienale, linfatica e mielogena. Per quanto poi riguarda le differenze nella costituzione intima dei leucociti non ho che a ricordare gli studii iniziati da Ehrlich, intorno alla diversa affinità per le materie coloranti, neutre basiche od acide, delle granulazioni protomasmatiche di tali elementi. Non è chi non riconosca come ricerche sopra questo indirizzo potrebbero portar luce sull' argomento della leucocitosi gravidica e fors'anche farci conoscere la genesi di talune leucemie acute in gravidanza, nelle quali, come lo dimostrano ad esempio, i casi di Ca-

(*) Nota. — Il confronto proposto da Mochnatscheff del sangue delle vene con quello delle arterie uterine mi parve meno interessante, per il fatto che il sangue arterioso è quasi di identica composizione in ogni parte del territorio vasale.

meron (1) di Greene (2), di Jaggard (3), si direbbe che il semplice aumento fisiologico degli accennati elementi (leucocitosi) abbia degenerato in vero e grave processo morboso (leucemia). Ripeto, già alle prime prove dovetti convincermi delle non lievi difficoltà inerenti ad una diligente valutazione numerica dei leucociti, per cui mi parve conveniente limitarmi in questa occasione alle sole ricerche su questo indirizzo.

Ecco in modo particolare come vennero condotte le esperienze. Per la numerazione dei leucociti venne preferito al metodo Malassez quello più sicuro di *Thoma-Zeiss*. Il sangue da esaminarsi veniva, nel modo più omogeneo possibile, diluito nella proporzione di 1 : 10 con una soluzione di acido acetico anidro al 0. 3 0[0, colorata con violetto di genziana; si osservava sempre un numero notevole di campi per ogni assaggio. Per valutare il numero di leucociti per ogni mmc. diedi sempre la preferenza al processo più raccomandato dal Thoma, cioè utilizzai sempre come unità di superficie, il campo visuale, e non la divisione quadrata al fondo della camera in vetro dell' apparecchio. Parmi inutile qui ripetere le norme, che trovansi nei trattati di semeiotica (4), circa il modo di valutare la capacità cubica di uno spazio da numerizzare che corrisponde ad un campo visuale, nonchè il numero dei globuli bianchi contenuti in un mmc. di sangue, a grado fisso di attenuazione.

Anche per la numerazione della emazie venne preferito il *contaglobuli Thoma-Zeiss*; il sangue raccolto veniva diluito nella proporzione di 1 : 100 con soluzione di NaCl al 3 0[0, mediante la pipetta graduata Potain (mélangeur Potain), annessa all' apparecchio Zeiss.

Il sangue delle donne sia dalla cervice uterina, sia dalle dita della mano veniva raccolto con metodo analogo a quello usato da Mochnatscheff; però, a differenza dell' A., premisi sempre alle piccole incisioni della cervice uterina la disinfezione della mucosa, di solito mediante soluzione di sublimato o di creolina; la cervice veniva poi diligentemente pro-

---

(1) Cameron. « Influenza della leucemia sulla gravidanza e sul parto. » *Amer. Journal of the Med. Sciences*, gennaio 1888, e *Riforma*, 1888, p. 79.

(2) Greene. « Leucemia acuta durante la gravidanza. » *New-York Medic. Journal*, 11 febbraio 1888, e *Gazzetta degli Ospedali*, 1888, pag. 600.

(3) Jaggard. « Leucemia e gravidanza. » *Med. news*, 1890, luglio, p. 49.

(4) Veggasi, ad esempio, in: Jaksch « La diagnosi clinica delle malattie interne. » Traduz. Manganotti sulla seconda edizione tedesca, p. 12.

sciugata con cotone o garza idrofila. Raccolto il sangue da una o più incisioni, si rinnovava la disinfezione della cervice, contro la quale in seguito si manteneva applicato per alcune ore un tamponcino imbevuto in soluzione di creolina. Se con tali cautele il risultato di talune esperienze, come diremo più avanti, venne forse leggermente perturbato, posso però d'altra parte assicurare che mai ne venne alle ricoverate della Clinica il minimo inconveniente, anche allorquando tali esperimenti venivano eseguiti su partorienti o puerpere.

Per raccogliere il sangue per la numerazione dei leucociti, essendo difficile impedire il fenomeno della coagulazione nel tempo richiesto per la diluzione 1 : 10 colla soluzione acetica colorata, adottai uno spediente, che mi aveva già bene corrisposto nelle esperienze fatte all'istesso scopo sulle coniglie. Al momento dell'esame preparava in una capsuletta munita di coperchio una quantità esattamente determinata in cmc. della soluzione acetica, poi raccolto nel cavo di una grossa *curette* un po' di tale soluzione, in essa raccoglieva pure il sangue, appena stillava dalle incisioni; la miscela così ottenuta veniva poi commescolata al resto della soluzione contenuta nella capsula. Allora con una *buretta* esattamente graduata, a lume assai ristretto e munita di base, si valutava la quantità di sangue raccolto col sottrarre dal volume della miscela quello prima determinato di soluzione acetica pura. Io procurava che il sangue fosse in leggero eccesso rispetto alla voluta proporzione dell'1 su 10; in tal caso non avevo che aggiungere tanta soluzione acetica, quanta bastava a darmi esattamente l'accennato rapporto. Se il sangue era scarso e non potevo al momento della valutazione prenderne altro, non aveva che a riferirmi nel calcolo dei leucociti, non al rapporto solito 1 : 10, ma a quello speciale imposto dalla circostanza. Maggiore era l'inconveniente in quei pochissimi casi, in cui il sangue cadeva in notevole eccesso nella soluzione acetica; di solito allora od avveniva la coagulazione in grumetti appariscenti anche ad occhio nudo, oppure all'esame microscopico si trovavano leucociti agglomerati in ammassi così da rendere impossibile un'esatta numerazione.

Non fu facile nelle coniglie, massime se non gravide, ottenere i campioni di sangue nella quantità necessaria, diluirli in esatta proporzione col liquido Thoma per la numerazione dei leucociti, e ciò senza causare all'animale una perdita di sangue che alterasse i risultati dell'esperimento. Debbo alla intelligente cooperazione dell'egregio mio col-

lega dott. Alfredo Conti, Direttore del Laboratorio municipale d'Igiene in Novara, l'aver potuto raggiungere, dopo alcune prove fallite, un andamento regolare delle sperienze. Intanto che la coniglia coll' etere o col cloroformio veniva anestetizzata, si radevano i peli sia alla parete addominale, sia alla parte antero-interna della coscia. Talune volte venne raccolto prima il sangue venoso uterino, altre volte prima quello dell'arto. Quest'ultimo si otteneva facilmente mediante sezione della vena femorale; si aspirava col *mélangeur Potain* la minima quantità di sangue occorrente per la numerazione delle emazie; poi veniva raccolto col metodo suddescritto il sangue per la valutazione dei leucociti.

Per il sangue venoso uterino, in casi di gravidanza o di puerperio da poco iniziato, riescì abbastanza facile, dopo incisione delle pareti addominali ed estrinsecazione dalla medesima di uno dei corni uterini o di tutto l'utero, il mettere in luce e l'incidere le più grosse vene, decorrenti in prossimità all'utero nello spessore dei legamenti larghi. Meno facile riesciva tale compito in casi di coniglia nè gestante nè puerpera, perchè in tal caso le vene uterine erano pochissimo appariscenti, e scarsissimo era il sangue che usciva alla loro sezione. Anche per il sangue uterino si raccoglievano nel modo suindicato i due campioni per l'esame distinto delle emazie e dei leucociti.

Per conoscere con qualche approssimazione l'epoca della gravidanza nelle coniglie al giorno dell'esperimento, siccome in pochi casi potei sapere con certezza il giorno dell'accoppiamento, talune volte sacrificai l'animale dopo l'esperimento ed aperti i nodi gravidici ed estratti i prodotti ne misuravo la lunghezza, indi coll'aiuto della apposita tavola, che trovasi nel trattato di fisiologia del Paladino (1), valutava l'epoca della gestazione. Altre volte lasciava sopravvivere la coniglia per ripetere più tardi l' esperimento sull' animale. I prodotti, appena nati, venivano sempre misurati, per averne criterio sull'epoca in cui erano state fatte le antecedenti esperienze sull' animale.

Le esperienze in caso di donna gravida o puerpera vennero quasi sempre eseguite nelle ore di mattina, dopo circa tre ore dalla prima refezione delle ricoverate. Gli esperimenti sulle coniglie vennero quasi

---

(1) Paladino. « Istituzioni di fisiologia. » Vol. II, Napoli 1882, p. 186.

sempre praticati verso l'una pom. Si è procurato che il genere di alimentazione non fosse molto diverso per ciascuna coniglia.

Nelle seguenti tavole trovansi raccolti i risultati delle mie esperienze sulla donna e sugli animali;

Tavola I. — **Donne gravide.**

	Data dell'esame	Epoca del parto	Sede della incisione	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rapporto tra leucociti ed emazie
N. 97 — 20 anni, servente, I gravida, piuttosto gracile, febbri palustri nella adolescenza, statura normale.	22 aprile	6 maggio a termine	Dito della mano Cervice uterina	3869640 3838180	14430 15350	1 : 268 1 : 249
N. 92 -- 28 anni contadina, I gravida, robusta, bruna, statura alta.	23 »	1 maggio a termine	Dito Cervice	4269450 —	14210 15420	1 : 300 —
N. 104 — 29 anni, contadina, II gravida, sana, statura normale.	24 »	9 maggio a termine	Dito Cervice	3102970 3454140	20560 21480	1 : 150 1 : 160
N. 95 — 36 anni, domestica, IV gravida, robusta, bruna, statura regolare.	28 »	5 maggio a termine	Dito Cervice	— 5554930	14340 13930	— 1 : 398
N. 106 — 21 anni, tessitrice, I gravida, leggerm. linfatica, bionda, statura un po' bassa.	9 maggio	24 maggio a termine	Dito Cervice	— —	26320 28140	— —
N. 115 — 34 anni, contadina, V gravida, gozzuta, costituzione buona, capelli castani, statura alta.	13 »	7 giugno a termine	Dito Cervice	3706130 3806100	14080 15670	1 : 263 1 : 244
La stessa donna della esperienza antecedente.	15 »	»	Dito Cervice	— —	15880 16300	— —

		Data dell'esame	Epoca del parto	Sede della incisione	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rap tra le ed e
8	N. 124 — 23 anni, contadina, I gravida, un po' denutrita, statura bassa, pelvi univ. ridotta non rachitica.	15 maggio	15 giugno a termine	Dito Cervice	— 2435660	13930 11990	– 1 :
9	N. 130 — 24 anni, domestica, I gravida, un po' linfatica, bionda, statura normale.	22 »	7 giugno a termine	Dito Cervice	2973680 —	24290 26320	1 : –
10	N. 6 di letto — 20 anni, casalinga, I gravida, ultima mestruaz. primi ottobre, sana.	31 »	20 agosto a termine	Dito Cervice	3812790 —	18610 17880	1 : –
11	L'istessa donna della esperienza 9.	6 »	19 giugno a termine	Dito Cervice	— —	25320 23670	– –

Tavola II. — **Donne partorienti.**

		Data dell'esame	Sede dell'incisione e stadio del parto in cui fu eseguita	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rap tra le ed e
1	N. 88 — 36 anni, contadina, IV para, molto denutrita, dilatazione 3 cm. membrane integre, inerzia uterina.	25 aprile ore 2 pom.	dilataz. 3 cm. { Dito	2617913	14570	1 :
			dilataz. 3 cm. { Orif. uter. est. .	—	20990	
2	N. 108 — 26 anni, cameriera, III para, grassa, legg. linfatica; nel puerperio antecedente cellulite pelvica suppurata. (In questo caso si ebbe retrocessione del travaglio).	26 maggio ore 7. 30 a.	dilatazione 5 cm. membr. int. { Dito . .	2743760	17400	1 :
			membr. int. { Orif. ut.	2826690	19260	1 :
			membr. rot. { Dito . .	—	17880	–
			membr. rot. { Orif. ut.	—	20490	–

Tavola III. — Donne puerpere.

	Data dell'esame	Epoca di puerperio	Sede della incisione	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rapporto
N. 93 — 32 anni contadina, I para, qualche macchia da porpora emorragica, statura alta, partorì a termine.	2 maggio	5 ore	Dito Cervice ut.	2112180 —	30960 31940	1 : 68 —
L'istessa donna.	8 maggio	sett. giorno	Dito Cervice	— —	27120 22620	— —
N. 92 — 28 anni, contadina, I para, sana, partorì a termine mediante forcipe per inerzia uterina.	13 maggio	tredicesimo giorno	Dito Cervice	4438900 4350930	11570 11100	1 : 383 1 : 391
N. 91 — 36 anni, sarta, I para, affetta da fibroma sottoperitoneale. Partorì mediante forcipe.	11 maggio	undicesimo giorno	Dito Cervice	— —	10450 8860	— —

Tavola IV. — Donne non gravide.

	Data dell'esame	Sede della incisione	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rapporto
N. 79 — VII para, 39 anni, affetta da endometrite emorragica, subinvoluzione uterina e retroversione. Anemica in grado notevole.	24 aprile	Dito Cervice ut.	2810790 —	10420 7800	1 : 269 —
N. 112 — IV para, 27 anni affetta da endometrite postabortiva, cervicite con estesa erosione.	16 giugno	Dito Cervice	4096176 3889640	7550 11680	1 : 542 1 : 333

Tavola V. — Coniglie gravide.

		Sede del salasso	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rapporto	Osservazioni
1	Coniglia ben nutrita, a pelo grigio, nella 2.ª *settimana* della gravidanza.	Vena arto Vena uter.	6175000 6073133	19380 22860	1 : 318 1 : 265	—
2	Coniglia ben nutrita, a pelo grigio, nella 1.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	— 6115656	20070 27120	— 1 : 227	—
3	Coniglia poco nutrita, a pelo bianco, nella 1.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	— —	23020 23670	— —	—
4	Coniglia di proporzioni ordinarie, a mantello bianco nocciuola, nella 3.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	5466140 5612500	19790 26990	1 : 276 1 : 207	—
5	Coniglia voluminosa, a pelo fulvo, nella 3.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	5058333 — —	17090 16150 19900	1 : 295 — —	Si curò in questa che all' apertura l'addome nessu molo venisse all trazione uterina
6	Coniglia bianco-nocciuola, nella 4.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	5304120 —	22130 34370	1 : 239 —	
7	Coniglia a pelo fulvo, nella 4.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	5680740 5960390	20210 30570	1 : 281 1 : 194	—
8	Coniglia piuttosto magra, a pelo grigio, nella 4.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	— —	31520 36760	— —	—
9	Coniglia a mantello grigio, ben nutrita, nella 2.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	— —	22620 25350 27450	— — —	Faradizzazione na dopo il 1.º sa alle vene uterine
10	Coniglia a pelo bianco, assai sviluppata, nella 4.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	6275740 6459360	24260 37490 30960	1 : 258 1 : 172 1 : 208	Idem, assai protr
11	Coniglia a mantello grigio, nella 4.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	4226767 4120422	20680 28460 31690	1 : 204 1 : 144 1 : 130	Spugnature caldis sui nodi gravidici il 1.º salasso alle
12	Coniglia a mantello bianco-nocciuola, nella 3.ª *settimana.*	V. arto V. ut.	4696456 —	18800 26010 27040	1 : 249 — —	Idem.

Tavola VI. — Coniglie puerpere.

	Sede del salasso	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rapporto	Osservazioni
Coniglia a mantello nocciuola chiaro. In 1.ª *giornata* di puerperio.	V. arto V. uter.	4847960 4486767	20620 26990	1 : 235 1 : 166	—
L'istessa coniglia, in 8.ª *giornata*.	V. arto V. uter.	5233075 —	20860 18300	1 : 250 —	—
La coniglia dell'esperim. V. della tav. V., in 6.ª *giornata*.	V. arto V. uter.	6243430 —	18610 17400	1 : 335 —	—
La coniglia dello esperim. VIII della tav. V, in 3.ª *giornata*.	V. arto V. uter.	— —	27040 30960	— —	—
La coniglia della esperienza III, della tav. V in 10.ª *giornata*.	V. arto V. uter.	5812500 —	19260 16150	1 : 301 —	—

Tavola VII. — Coniglie non gravide.

	Sede del salasso	Numero delle emazie	Numero dei leucociti	Rapporto	Osservazioni
Coniglia piccola, a pelo grigio, circolazione uterina poco appariscente.	V. arto V. uter.	6052615 —	20290 18570	1 : 298 —	—
Coniglia pure a pelo grigio, piuttosto grossa.	V. arto V. uter.	6960050 6571350	30960 30550	1 : 224 1 : 215	—
Coniglia di medie proporzioni, rete vasale uterina sempre poco appariscente.	V. arto V. uter.	6058360 6175000	19350 20520	1 : 313 1 : 300	—
Coniglia a pelo fulvo, di modica grandezza, prolificò più volte.	V. arto V. uter.	5818200 5364880	18440 20280	1 : 315 1 : 264	—
Coniglia a mantello bianco, poco sviluppata.	V. arto V. uter.	4246719 —	23040 21370	1 : 184 —	—
L'istessa coniglia dell'esperimento 4.º, dopo un mese.	V. arto V. uter.	— —	10810 11140	— —	—

TAVOLA VIII. — **Riassunto delle medie risultanti dalle tavole antecedent**

		Numero dei casi	SANGUE VENOSO DELL'ARTO			SANGUE VENOSO UTERINO		
			Emazie	Leucociti	Rapporto	Emazie	Leucociti	Rappo
Donne	gravide	11	3622443	18270	1 : 198	3817802	18740	1 : 2
	partorienti	2	2680886	16616	1 : 161	2826690	20246	1 : 1
	puerpere	4	3275540	20025	1 : 163	4350930	18630	1 : 2
	non gravide	2	3453483	8985	1 : 383	3889640	9740	1 : 3
Coniglie	gravide	12	5360412	21630	1 : 247	5723576	27814	1 : 2
	puerpere	5	5534241	21278	1 : 260	4486767	21960	1 : 2
	non gravide	6	5827188	20481	1 : 284	6037076	20405	1 : 2

(Continua).

TRADUZIONI

Sul vomito incoercibile durante la gravidanza

PEL

Dott. GRAILY HEWITT

PRIMA VERSIONE ITALIANA DEL DOTT. Costantino Scuderi.

(Continuazione, vedi pag. 676).

II.

Vomito dovuto alla Gravidanza (della Gravidanza). Enumerazione di casi.

Noi dobbiamo ora considerare quei casi in cui il vomito sorge, presumibilmente almeno, in seguito alla gravidanza, ed in cui vi è vomito della gravidanza.

Nel suo pregevole lavoro sul vomito incoercibile durante la gravidanza, pubblicato nel 1865, Anquetin, che fu grandemente impressionato dall'importanza delle alterazioni dell'utero come cause del vomito, parlando dei casi in cui furono trovate lesioni dell'utero, dice: è impossibile che queste lesioni fossero prodotte dal vomito; è chiaro ch'esse possono produrre il vomito quando sono associate alla gravidanza. Noi sappiamo che alcuni processi funzionali, come la mestruazione ed il coito, possono produrre il vomito, quindi non dobbiamo maravigliarci che tutto ciò che modifica la sensibilità dell'utero possa produrre lo stesso offetto specialmente durante la gravidanza, quando la sovra-eccitazione del sistema uterino è quasi una causa sufficiente di vomito. Una ragione conclusiva per riconoscere la lesione dell'utero come causa del vomito ostinato della gravidanza è questa che cioè in ogni caso in cui di tali lesioni fu riconosciuta l'esistenza durante la vita ed in cui fu possibile di toglierle, il vomito è cessato subito (1).

(1) ANQUETIN. « Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse. » *Rev. Méd.*, 1865.

I casi che io ora mi propongo di esporre sono casi di grave e manifesto vomito della gravidanza, in cui lo stato dell'utero fu più o meno esattamente osservato e descritto, avendo per iscopo di presentare un materiale valevole per la risoluzione della questione sulla influenza esercitata dalle condizioni anormali dell'utero nel produrre il vomito.

Le dimostrazioni dell'influenza delle varie condizioni dell'utero nel dare origine al vomito di forma grave durante la gravidanza si sono accumulate lentamente. Delle forme spiccate ed intense di tale affezione non si presentano molto frequentemente, ma il materiale dimostrativo che ora può presentarsi è considerevole.

Io darò ora una serie di *casi di vomito grave nella gravidanza, nella grande maggioranza dei quali sono riferiti dei particolari importanti sullo stato dell'utero comprendendovi le anti o retro-deviazioni, l'induramento, l'inspessimento o contrazione della cervice uterina, le effusioni infiammatorie in vicinanza dell'utero*, ecc.

L'ordine secondo cui i casi sono registrati è in gran parte cronologico: 1) Gruppo *B*, quelli in cui l'utero fu descritto retroverso o retroflesso, e che quasi naturalmente formano una categoria da sè. — 2) Gruppo *C*, quelli in cui l'utero era antiverso o antiflesso, o in cui non essendovi fatto alcun cenno sulla posizione o forma dell'utero può ritenersi che l'utero non fosse retroverso o retroflesso. — 3) Gruppo *D*, contiene pochi casi in cui furono registrate delle lesioni di un carattere infiammatorio più spiccato. — 4) Gruppo *E*, casi misti. In alcuni dei casi riferiti manca completamente o è insufficiente la descrizione sullo stato dell'utero, ma siccome per guarire il vomito fu curato l'utero, essi offrono una dimostrazione di una certa utilità nella discussione sulla questione dell'influenza dell'utero sulla produzione del vomito.

Gruppo *B*. — **Casi di vomito grave della gravidanza, associati a retroversione o retroflessione dell'utero gravido.**

Caso	Osservatore	Stato dell'utero	Trattamento	Esito
28	Stoltz	Incarceramento, mobile.	Il vomito fu sospeso parecchie volte colla riduzione. L'utero non potè mantenersi in posizione.	Aborto artificiale; guarita.
29	Moreau e Brian	Retroversione incompleta, incarceramento nel bacino osseo.	Innalzamento meccanico dell'utero.	Guarigione.
30	Copeman	Utero retroverso.	Riduzione meccanica.	Guarigione.
31	Graily Hewitt	Utero retroflesso, mobile.	Miglioramento con un pessario di Hodge. Recidiva 2 volte perchè il pessario scappava.	Aborto a sei mesi.

Caso	Osservatore	Stato dell'utero	Trattamento	Esito
32	Graily Hewit	Utero molto retroflesso.	Trattamento colla posizione prona, riposo, ecc.	Guarigione.
33	Godson	Retroversione e flessione facilmente riducibili, ma che si riproducevano immediatamente.	Trattamento col pessario Hodge.	Guarigione.
34	Halliday Croom	Retroflessione in gravidanza.	Trattamento non descritto.	Esito non descritto.
35	Upshur	Retroversione.	Trattamento col pessario Hodge.	Miglioramento.
36	H. F. Campbell	Massima retroversione in gravidanza.	Frequente posiz. genu-pettorale e manovre manuali.	Guarigione.
37	»	Retroversione in gravidanza.	Posizione genu-pettorale e sacchetto di Barnes.	Guarigione.
38	»	Massima retroversione solidamente incuneata nella concavità del sacro.	Riduzione con manovre manuali.	Guarigione.
39	»	Retroversione in gravidanza.	Posizione genu-pettorale e succuss. addom., pessario.	Guarigione.
40	Boardmann	—	Innalzamento meccanico ed uso del pessario.	Parto premat. spontaneo a sette mesi.
41	»	Utero retroverso. In 3 precedenti gravidanze vomito grave. Nella successiva gravidanza assenza di vomito coll'uso del pessario.	Trattato preventivamente col pessario.	Favorevole. A termine.
42	Storker	Retroversione in gravidanza.	Trattato coll'aborto artificiale.	Guarigione.
43	» La stessa paziente in nuova gravid.	Retroversione in gravidanza.	Dilatazione ed aborto artificiale.	Guarigione.
44	Chazan	Utero gravido retrofl.	Riduzione ed uso del pessario.	Guarigione.
45	Greslou	Retroversione, resistente alla riduzione.	Manovre manuali con insuccesso.	Aborto artificiale.
46	Pugliatti	Utero gravido retrofl.	Utero raddrizzato, vomito continuato, uso di tamponi e della sonda.	Guarigione.

Caso 28. Stoltz, *Gaz. Méd.*, juin 1852.

Paziente di anni 19. Primipara. Vomito manifestatosi all'inizio della gravidanza, che dapprima non si sospettava; orificio esterno diretto in alto, vicino alla sinfisi, ma poteva facilmente abbassarsi. Utero retroverso ma mobile; l'organo era stato parecchie volte raddrizzato col dito, ed ogni volta il vomito era diminuito, ma l'utero non poteva mantenersi in giusta posizione. Vagina stretta. Aborto stabilito come solo mezzo per salvare la vita della paziente. Aborto pro-

vocato col catetere trattenuto *nell'utero*. Risultato buono. Successiva gravidanza normale.

Caso 29. Moreau e Brian, *Gaz. Hebdom.*, luglio 1856.

Paziente di anni 25, era caduta dalla carozza dopo l'ultimo parto; leucorrea consecutiva. Il vomito si manifestò alla fine del secondo mese della terza gravidanza, vomito intenso, sete, emaciazione crescente. Brian chiamò il prof. Moreau, il quale trovò l'utero incarcerato nella pelvi ed in parte retroverso. L'utero fu raddrizzato con un'abile manovra, e la paziente si salvò da morte imminente. Moreau affermò ch'egli aveva curato nella stessa guisa altri casi simili.

Caso 30. Copeman (*citazione perduta*).

La paziente avea sofferto da un anno di emorragia, probabilmente dovuta a polipi cervicali. Divenne gravida, durante il periodo iniziale vomito grave, dolore indietro e nella pelvi, accompagnato da senso di peso. Fu trovata una retroversione dell'utero gravido che fu raddrizzato, ed il vomito cessò intieramente (visitata in marzo 1865).

Caso 31. Graily Hewitt, *Dis. of Women*, IV ed., p. 365.

Signora G., di anni 26, moglie di un medico. Curata precedentemente da G. Hewitt per retroflessione dell'utero; divenne gravida per la quarta volta, ed a sei settimane soffriva per vomito grave. L'utero si trovò gravido e retroflesso. Un pessario di Hodge fu usato per raddrizzare e tener l'utero a posto. Se ne ebbe un miglioramento. Un mese dopo recidiva del vomito con itterizia e grande depressione generale. Si vide che il pessario era scappato. La riadattazione fu seguita da un pronto sollievo. Un mese dopo seconda recidiva di vomito più intenso dovuta alla stessa ragione. L'aborto si ebbe quando la gravidanza era inoltrata a sei mesi.

Caso 32. Graily Hewitt, *Dis. of Women*, IV ed., p. 368.

Nel 1873 io vidi una paziente del signor Lionello Powell, di Melton Mowbray, di anni 28, che si trovava al terzo mese della sua quarta gravidanza e soffriva di vomito grave. Le trovai l'utero molto retroflesso, ma non incuneato nella pelvi. L'utero si ridusse facendo tenere alla paziente la posizione prona, ed il vomito in breve cessò. Parto a termine.

Caso 33. Godson (*lettera all'autore*).

« Io ho avuto ultimamente un caso ostinato di vomito a S. Bartolomeo, a due mesi e mezzo, in cui l'utero era retroverso e flesso, ma che facilmente si correggeva, quantunque deviasse di nuovo immediatamente. Io applicai un pessario di Hodge, facendo notare alla mia classe che questo era un buon caso per la vostra teoria sulla causa del vomito della gravidanza. La paziente non ebbe più vomito in seguito. Io ho creduto che voi avreste avuto piacere di conoscere questi casi.

5 Marzo 1885. CLEMENTE GODSON. »

Caso 34. Halliday Croom (*lettera all' autore*).

« È un fatto curioso che in nessun anno della mia pratica ostetrica, io ho mai visto un caso di vomito incoercibile, eccetto uno che vidi in consultazione, e che mostrò esserci retroversione in gravidanza a tre mesi e mezzo.

Edinburgo, 23 maggio 1885. I. HALLIDAY CROOM. »

Caso 35. Giovanni C. Upshur, *Giornale americano di Ostetricia*, 1884, pagina 315.

Paziente di anni 24, primipara, il vomito incominciò nella settima settimana, terminò nella decima. Rimedi interni inutili. Nella decima settimana si osservò una retroversione. Miglioramento con un pessario di Hodge a doppia leva. Prima dell' introduzione del pessario, lo stato generale era notevolmente peggiorato, la paziente era ogni giorno più prostrata ed il disgusto per il cibo aumentava quotidianamente.

Caso 36. Enrico F. Campbell, Augusta, Georgia. *Amer. Gynec. Trans.*, 1885.

Paziente dell'età di 40 anni. Nausea, impossibilità a prender cibo, vomito intermittente, e salivazione molto molesta. Sei settimane di letto; dolori gravativi, irritazione della vescica al quarto mese circa. L'utero si trovava in istato di estrema retroversione in gravidanza. Il trattamento fu fatto consistere nelle frequenti posizioni genu-pettorali. Essendo queste fallite, la paziente fu messa in tale posizione, dopo aver sollevato il perineo in modo da permettere all'aria di penetrare in vagina, il collo fu spinto indietro dal dito. Il raddrizzamento si ebbe subito. Cessazione immediata della nausea e della salivazione. Parto a termine.

Caso 37. H. F. Campbell, *loc. cit.*

Retroversione in gravidanza, quarto mese, vomito frequente, nausea incessante. Trattamento, uso della posizione genu-pettorale combinato coll'uso di un sacchetto di Barnes di grande volume posto nel retto. Riduzione. Guarigione.

Caso 38. H. F. Campbell, *loc. cit.*

Primipara, terzo mese, nausea estrema dall'epoca del concepimento. Solo la morfina avea dato un parziale miglioramento. Utero in istato di estrema retroversione e solidamente fissato nella concavità del sacro, ed alquanto dolente. La paziente avea avuto introdotta una tenta per provocare l'aborto. Questa fu ritirata, fu usata la posizione genu-pettorale, e l'utero fu spinto fuori della concavità del sacro. La nausea cessò; non si ebbe aborto. Parto a termine.

Caso 39. H. F. Campbell, *loc. cit.*

Retroversione in gravidanza, fondo dolente, età anni 25; nel terzo mese. Nausea e vomito in grado massimo, grande affanno, emaciazione. Paziente in istato disperato. La posizione genu-pettorale e una moderata succussione addominale produssero subito un miglioramento, essendosi raddrizzato l'utero. Fu applicato un pessario. Guarigione. Parto a termine.

Il dott. Boardman (Boston, Stati Uniti), discutendo il caso del dott. Kingman, cita tre casi, in due dei quali il vomito era grave.

Caso 40. Boardman, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 febbr. 1889.

In una quinta gravidanza a cinque mesi, emaciazione, pallore, debolezza per vomito eccessivo, consultato l'autore per decidere la provocazione dell'aborto. L'utero si trovò prolassato, mobile. Nella posizione genu-pettorale egli rialzò l'utero ed introdusse un grande pessario da retroversione di Thomas che sostenne l'utero. Un'ora dopo la paziente vomitò una volta, e quindi non più. Parto prematuro spontaneo alla fine dei sette mesi.

Caso 41. Boardman, *loc. cit.*

C'era stato un primo aborto, l'utero si trovò retroverso e prolassato. Nessuna cura probabile. L'anno seguente un altro aborto, curato per la retroversione, che si disse guarita, ma la terza gravidanza fu seguita da aborto. In tutte le tre gravidanze nausea e vomito gravi. Il dott. Boardman la vide in seguito e trovò l'utero retroverso e prolassato. L'utero fu raddrizzato e fu adattato un pessario. Poco dopo, quarta gravidanza; niente vomito, condotta a termine. Il pessario fu tolto dopo il quarto mese.

Casi 42 e *43.* (La stessa paziente). Storker (Lucerna), *Centralbl. f. Gynäk.*, N. 16, 1889.

Parto artificiale provocato tre volte nella stessa paziente per vomito incoercibile della gravidanza.

La signora . . . . aveva sofferto spesso in gioventù di vomito e diarrea per due o tre giorni alla volta, ma nulla più dopo i 20 anni. Prese marito a 21 anni; il marito morì un anno dopo. Prese di nuovo marito a 23 anni. In 9 mesi fu gravida. Alla quinta settimana insorse vomito, che si fece grave. Dalla nona settimana in poi stette sempre a letto. Clisteri nutritivi. Nella decimaquarta settimana fu deciso l'aborto; dopo alcuni giorni vi si riuscì introducendo un cono di laminaria mantenuto per 14 ore. L'aborto sollevò la paziente. Si ebbe una seconda gravidanza 9 mesi dopo. Simile decorso, simile trattamento. Risultato buono. Una terza gravidanza si ebbe in gennaio 1886, circa 1 anno e 1[2 dopo. La paziente pesava a quell'epoca 168 libbre. Al principio di marzo pesava 145 libbre, vomito grave, l'inferma poteva solo bere l'acqua.

Il processo di Copeman fu tentato, senza successo, seguito da un'iniezione di acqua dentro l'utero, grande resistenza al passaggio del catetere attraverso l'orificio interno. Nessun risultato per tre giorni, allora fu usata la laminaria. Quando l'orificio interno fu dilatato il vomito cessò. Il contenuto dell'utero fu vuotato colla mano. Assenza di albuminaria e nessun segno di malattia viscerale.

In risposta ad una lettera che io indirizzai al dott. Storker, egli gentilmente mi scrive (Lucerna, 24 ottobre 1889) dei particolari sullo stato dell'utero. Nelle

due ultime gravidanze in cui io vidi la paziente, l'utero di grandezza normale, di forma normale si trovava in retroversione molto pronunziata; non c'era flessione! Tre anni dopo la prima gravidanza io trovai l'utero in posizione, volume e mobilità perfettamente normali. Nell'intervallo io non vidi mai la paziente.

È detto nella storia che quando l'orificio fu dilatato dalla tenta usata per provocare il parto, il vomito cessò. Pare possibile che la gravidanza avrebbe potuto procedere senza la necessità di togliere l'uovo. G. H.

Caso 44. Chazan. *Centralb. für Gynäk.* N. 2, 1887 (*citato da Pugliatti*).

Una signora nella sua seconda gravidanza fu assalita da vomito irrefrenabile al terzo mese. Ciò fu attribuito a retroflessione dell'utero, ed il vomito cessò subito raddrizzando l'utero e coll'applicazione di un pessario ad anello.

Caso 45. Greslou. *Annales de Gynécol.*, t. XXVIII, p. 212 (*citato da Pugliatti*), p. 436.

Paziente affetta da marcata retroversione. I tentativi fatti per raddrizzare l'utero non migliorarono per nulla la paziente, e nel quarto mese fu provocato l'aborto artificiale. Il vomito cessò per cinque giorni, ma poi riapparve e la retroversione si riprodusse. Fu applicato un pessario di Hodge, il vomito diminuì istantaneamente e presto cessò.

Caso 46. Pugliatti, p. 433 (il suo VI caso). « Saggio sull'etiologia e terapia del vomito incoercibile della gravidanza. » *Il Morgagni*, luglio ed agosto 1889.

L. C. 2-para, di anni 27, ebbe a soffrire quando era gravida di sei settimane di vomito sufficientemente grave, sì da richiedere il soccorso medico. L'utero si trovava in istato di retroflessione, il fondo depresso si sollevava esercitando una pressione colle dita nel retto e colla posizione genu-pettorale. Tamponi di « glicerina » in vagina. Non è detto quanto tempo rimanessero i tamponi. Il vomito non subì alcuna modificazione. Quattro giorni dopo l'utero si trovò in giusta posizione. Si osservò del muco all'orificio esterno. Con del cotone posto su di una sonda l'interno della cervice fu pulito dal muco; ciò fu ripetuto due volte. Il vomito gradatamente cessò.

(Continua).

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 20 marzo 1891.

Sulla operazione di Alexander. — Il dott. L. Bergesio, accennata la grande frequenza degli spostamenti uterini e delle retro-deviazioni in particolare, esamina i risultati ottenuti in ispecie nell'Ospedale Maria Vittoria dalla operazione di Alexander in confronto agli altri metodi usati nelle retro-deviazioni, e conclude che, ad utero mobile tale operazione è da preferirsi, ad utero fisso per aderenze essere la gastro-istero-pexis l'unica operazione possibile.

Il dott. Carle non è favorevole alla operazione di Alexander specialmente per la esilità e la debolezza dei legamenti rotondi, inoltre perchè, stante la poca gravezza dell'operazione di Alexander, si esagera nel praticarla, e infine perchè alla isteropexis può facilmente aggiungersi la castrazione. Giudica l'operazione di Alexander come intervento di puro lusso chirurgico (potendosi gli stessi effetti ottenere con mezzi medici e meccanici) e conclude che, nei casi dove un'atto operativo è necessario si deve dare la preferenza a quello più radicale e sicuro ma non più pericoloso della ventro-fissazione dell'utero.

R. Polacco.

Pregati pubblichiamo:

AVVISO.

Trovansi attualmente disponibili presso il Ministero dell'Interno delle boccette di linfa antitubercolare Koch, contenenti ciascuna 5 c. c. di detta sostanza.

I Signori Medici, cui occorresse di farne uso, potranno riceverla a volta di corriere, dietro richiesta fatta sopra carta libera e corredata da vaglia postale di lire 32. 50, intestato all'Economo del Ministero sovraccennato.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIII. Novembre 1891. Num. 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI MODENA
diretto dal Prof. E. F. Fabbri.

La forte flessione e l'estensione del capo
fattori di compressione del funicolo avvolto al collo del feto

STUDIO CLINICO SPERIMENTALE
DEL
Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA
Libero docente di Ostetricia e Aiuto-Clinico.

COLLEGE OF SURGEONS
9 DEC 91

(*Continuazione, vedi pagina 724*).

Di casi di compressione del funicolo avvolto al collo essendo la testa in forte flessione od estensione, in tutta la letteratura ostetrica non se ne hanno adunque che due del Fabbri ed uno dello Schmidt.

I casi del Fabbri sono così riassunti:

I. Primipara, bacino scoliotico alquanto imbutiforme; posizione occipito posteriore non convertita, congiunta al più alto grado di flessione; morte del feto nell'escita; funicolo avvolto al collo.

II. Primipara, bacino affetto da generale angustia, impegno del capo in forte flessione, pericolo del feto; avvolgimento del funicolo al collo *riconosciuto coll' esplorazione*; estrazione col forcipe; feto rianimato.

Il fatto comune ai due casi clinici è stato adunque una flessione fortissima, una vera inclinazione occipitale, causata in entrambi dalla stenosi pelvica. Nel primo, inoltre la testa era in posizione occipito posteriore destra che non si convertì, e nella quale anzi il meccanismo

non decorse come suole in questi casi; non avvenne cioè che una delle bozze frontali (l'anteriore) si portasse sotto l'angolo del pube uscendo dalla commessura posteriore l'occipite, bensì tutta la fronte si mantenne dietro la sinfisi pubica (essendo questa molto più alta del consueto) e l'occipite escì dalla commessura posteriore aumentando ancora la già forte flessione del capo. Gli argomenti poi coi quali il Fabbri sostenne l'ipotesi che in questi due casi la causa dell'asfissia del feto fosse la compressione del funicolo avvolto al collo, furono nel primo la durata breve del travaglio (11 ore e 1[4) e la poca energia e frequenza delle doglie, fuorchè nell'ultimo momento. Questi due fatti egli li addusse per combattere l'idea che l'asfissia fosse dipendente da compressione o parziale distacco di placenta per impiccolimento dell'utero, contro la quale ipotesi stava ancora l'altra condizione che il capo non fu completamente fuori dell'utero che poco prima dell'escita del feto. Inoltre, mentre nei casi di compressione della placenta la morte del feto suole essere preceduta da lunga agonia, in questa la morte avvenne rapidamente come appunto deve succedere quando sia intercettata bruscamente la circolazione nel cordone ombelicale. Negato il decesso per compressione della placenta, il Fabbri esclude in questo caso ancora la morte per compressione del capo, e pei caratteri speciali del doppio battito che in simili casi si fa raro per eccitamento del vago, e non indebolito, e perchè l'autopsia non mostrò nessuna di quelle lesioni nel cervello che tutti ammettono essere gli effetti della compressione forte del capo. A spiegare poi perchè non rinvenisse nè acque amniotiche nè meconio nelle prime vie respiratorie, egli nota che l'asfissia cominciò ed avvenne quando le nari e la bocca erano fuori dell'orificio uterino, e che il forte incurvamento all'innanzi di tutto il corpo del feto, derivante dall'impedimento al procedere del parto, doveva porre ostacolo ai moti di precoce respirazione. Quanto al secondo caso, è vero, egli dice, che il travaglio durò 4 giorni, ma fu lento per debolezza di doglie che solo divennero valide nell'ultimo periodo, inoltre il sacco non ruppesi che 2 ore appena prima dell'estrazione del feto; la non grave sproporzione poi fra testa e bacino esclude anche in questo caso la compressione del capo.

Ecco ora alcuni casi osservati nella Clinica Ostetrica di Modena dai quali parmi risulti la possibilità dell'accidente in questione:

Osserv. I. N. 15. 1882-84. — V... C..., d'anni 44, marit., IX gravida. Parti e puerperii precendenti normali. È donna di costituzione robusta; entra in clinica il 30 novembre 1883 alle 8 ant. in travaglio di parto a termine. Essa narra che i dolori le sono cominciati sul far del giorno; alle 7 ant. sono scolate le acque e poco dopo entrò in clinica. L'esame ostetrico istituito dal prof. Fabbri mostra che la pelvi è normalmente conformata, che l'utero è allungato in senso longitudinale ed inclinato marcatamente a sinistra. Il palpamento fa rilevare che le natiche sono alla sinistra del fondo uterino, la testa sulla fossa iliaca destra, le piccole parti in tutto il resto del fondo e alla faccia anteriore destra dell'utero. Il doppio battito odesi più intenso alla parte più posteriore sinistra del viscere. Si fa intanto giacere la donna sul fianco destro, ed in breve si avverte che la testa si è spostata dalla fossa iliaca destra e si è recata a corrispondere all' ingresso. Esplorando allora per vaginam con un dito non si raggiunge che a stenti il labbro anteriore del collo, essendo questo molto alto e portato contro il sacro; con due dita deprimendo il cedevolissimo perineo si giunge a sentire il collo quasi disfatto, l'orificio dilatato per ben 4 cent. Introducendo un dito nel medesimo si sente bene il capo che si è un po' abbassato, ma di cui non si ponno palpare nè suture nè fontanelle.

Ore 7 pom. Orificio del diametro di 5 cent.; testa scesa fino a metà dell'escavazione pelvica ed in forte flessione; infatti sentesi la piccola fontanella aperta indietro ed a sinistra, e quasi centrale, la sutura sagittale che si dirige verso destra in avanti ed in alto; non si arriva alla grande fontanella.

Ore 9 pom. Da mezz'ora le contrazioni si sono fatte alquanto più frequenti (ogni 5 o 6 minuti) e più prolungate; la testa non ha progredito gran che; è sempre in forte flessione e ora trovasi in posizione trasversale.

Ore 9.30 pom. Il doppio battito fin qua di frequenza normale (125) si è fatto frequentissimo (160 puls.) e tale si mantiene anche nelle pause delle doglie. Per questo fatto il prof. Fabbri, giudicando il feto in pericolo, dichiara che con tutta probabilità il pericolo dipende dall'essere il funicolo avvolto e stretto al collo e compresso fra il petto e il capo fortemente flesso. Ciò posto egli procede tosto all'estra-

zione col forcipe. La testa in questo mentre è giunta a toccare il fondo pelvico ed è già in posizione obliqua sinistra anteriore, sempre molto flessa, in guisa che non raggiungesi la grande fontanella. Con due trazioni leggiere la testa è alla vulva coll'occipite all'innanzi, ed il capo è così prontamente estratto. Il funicolo fa due giri attorno al collo; disfatte queste due circolari, il resto del feto è prontamente estratto. Esso è cianotico e per qualche momento non respira; fatte escire le mucosità che intasano la bocca e le fosse nasali, si eccita il feto a respirare con scosse e leggiere percosse. È a notare che durante l'applicazione del forcipe, lungo le cucchiaie introdotte nell'utero scola liquido amniotico sporco di meconio; molto meconio è uscito colle acque posteriori. Il secondamento avviene spontaneo 40′ dopo l'estrazione del feto. Questi che è di sesso maschile, pesa 4400, è lungo 50 centim. ed offre i seguenti diametri cefalici (misurati da uno studente di turno):

M. O.	13	S. O. B.	9.5
F. O.	12	S. O. F.	11.3
B p. A.	8.7	B p. O.	8.3

Gli annessi pesano grammi 775, il funicolo piuttosto grosso misura 83 centim. in lunghezza (1).

Le ragioni che indussero il prof. Fabbri a far diagnosi di compressione del funicolo avvolto al collo furono in breve le seguenti: l'esservi forte flessione; il coincidere i segni di pericolo del feto col grado massimo della flessione; l'insorgere questi segni d'improvviso senza che ci fosse sintomo alcuno di distacco placentare; l'essersi avuto d'un tratto grande acceleramento e indebolimento del polso fetale, l'essersi colla massima facilità estratto il capo col forcipe, l'essersi il feto prontamente riavuto dall'asfissia dopo l'estrazione. Gli ultimi tre fatti si oppongono all'ammettere che il pericolo del feto

(1) Questo fatto clinico fu dal professore Fabbri comunicato alla Società Medico-Chirurgica di Modena nella seduta del 17 febbraio 1884. Avendo però egli dimenticato di presentare il sunto alla Segreteria rimase come inedito. Ora egli lo pubblicherà anche perchè interessante sotto altro rapporto.

fosse dato da compressione cerebrale, mentre i primi tendono a mostrare direttamente la sua etiologia nella compressione del funicolo avvolto al collo.

Osserv. II. N. 80, 1884-85. — T.... D..., d'anni 25, II^i gravida. Entra in clinica il 29 maggio 1885 alle 7 ant. in travaglio di parto a termine, che si è iniziato nella mattina stessa da circa un'ora. Ha finito l'ultima mestruazione il 20 agosto. È donna di statura bassa (1,44). La pelvimetria esterna dà le seguenti misure:

fra le S. I. A. S.	22
» » creste I.	26
Diam. bitrocanterico	30
» obliquo destro	17. 5
» » sinistro	17. 5
» coniugato	18
Circonf. pubica	78

La pelvimetria interna non è possibile per l'impegno della testa.

L'utero col suo fondo giunge a 3 dita trasverse al disotto della punta della xifoide. La quantità delle acque è normale. Il feto presentasi col vertice avendo il dorso a destra ed in avanti (3ª posizione). Il collo è disfatto, l'orificio a margine grosso e molle lascia penetrare appena la punta del dito, ed è deviato indietro. Le contrazioni sono rare e deboli. Il doppio battito, normale per intensità e frequenza (130) sentesi nel quadrante inferiore destro.

Ore 3 pom. Le contrazioni fino dal mezzodì si sono fatte un po' più frequenti e valide; infatti l'orificio ha margini più sottili ed ha un diametro di 7 centim. Il sacco è sempre intatto; la testa è a livello del margine inferiore della sinfisi pubica, la piccola fontanella è quasi al centro della scavazione, la grande fontanella non si raggiunge (flessione forte). Il doppio battito è sempre regolarissimo.

Un'ora dopo la levatrice maestra m'avverte che il doppio battito presenta un soffio intenso nel suo primo tempo, ed inoltre è molto frequente. Verifico io pure questi mutamenti, e noto che è frequentissimo anche durante le pause (160-175) e che persiste sempre intenso il soffio nel primo tono. La dilatazione è quasi completa, il sacco sempre intatto, la testa al disotto del margine inferiore della sinfisi pubica. Rompo il sacco ed il liquido che esce è tinto fortemente di

meconio; mentre m' accingo ad applicare il forcipe, annuncio alle alunne di turno che probabilmente troveremo il funicolo al collo, e che questo fatto, unito alla flessione forte del capo, prodotta da un po' di angustia totale pelvica, è forse la causa dell'improvvisa minacciante asfissia del feto.

Infatti in breve estratto il capo col forcipe Sipmson, col dito introdotto lungo il collo sento che il funicolo vi è strettamente avvolto, e debbo tagliarlo non potendo toglierlo da questa anomala posizione. Estratto rapidamente il resto del feto, mentre un aiuto stringe i due capi del cordone, noto che è ovunque cianotico e non respira. Tolgo dalla bocca e dalla retrobocca le mucosità che in copia vi sono penetrate e coi soliti mezzi in breve rianimo il bambino che è di sesso maschile, pesa 3850, è lungo 50 cent., presenta il capo vistosamente allungato nel diametro M. O. e depresso nel senso del S. O. B. Il secondamento avviene spontaneo 20′ dopo, il funicolo è lungo 50 cent.

In questa seconda osservazione la poca durata del travaglio, le sofferenze del feto manifestatesi prima della rottura del sacco, l'insorgenza di un soffio accompagnante il doppio battito, soffio che certamente prima non esisteva, fanno ammettere che con ogni probabilità l'asfissia del feto fosse dovuta a compressione del funicolo avvolto al collo, essendo la testa forzatamente flessa.

Osserv. III. N. 43, 1885-86. — M.... M..., d'anni 23, 1ª gravida, entra in Clinica il 27 marzo 1886; narra di essere stata mestruata a 14 anni, d'aver goduto sempre salute ottima, d'aver avuto l'ultima mestruazione nell'agosto passato. Dice inoltre che da 15 giorni circa è edematosa agli arti inferiori, ai genitali esterni, ed un po' anche alla faccia e alle mani. Essa è di colorito anemico, e realmente offre lieve edema alla faccia ed alle mani, più marcato agli arti inferiori ed alla vulva. L'urina ha reazione acida, e contiene traccie d'albumina, non però cilindri; l'urea vi è in quantità normale. La quantità dell'urina, dal momento dell'entrata in clinica, è normale. Quanto al sistema circolatorio non si trova che un po' di prolungamento del 1° tono alla punta, tono che è inoltre alquanto soffiante.

La pelvimetria esterna dà

fra le S. I. A. S.	23
» creste I.	27

diam. obliquo sinistro	17.5
» » destro	18
» coniugato	18
» bitrocanterico	29.5
circonf. pubica	78

La testa impegnata impedisce la misurazione interna del bacino.

Il 31 marzo s'inizia il travaglio alle ore 4 ant. Alle 7 ant. la dilatazione è di 6 cent., il sacco è intatto, la testa è arrivata a metà dello scavo in 1ª posizione con fortissima flessione. Il doppio battito normale. Alle 11 ant. rompesi spontaneamente il sacco, ed il liquido che scola in quantità discreta è tinto lievemente di meconio; meravigliato di ciò ascolto tosto il doppio battito e lo trovo frequentissimo (170 puls.) irregolare, non però soffiante. La dilatazione è ora completa, la testa dista due dita trasverse dal fondo, sempre flessa fortemente e non ancora rotata. Applico tosto il forcipe Simpson, e dopo aver fatto compiere al capo il moto di rotazione interna, lo estraggo prontamente; il funicolo fa un giro completo attorno al collo, giro che riesco a disfare prima di estrarre il tronco.

Il feto è profondamente asfittico, presentando l'aspetto di quella forma che dicesi asfissia pallida o di 3.° grado; le prime vie aeree sono ingombre di mucosità e meconio. Occorre un buon quarto d'ora prima che esso faccia un debole vagito. Continuando però nella cura, specialmente nella respirazione artificiale (Schultze) si ottiene di rianimarlo completamente. Esso è di sesso femminile, pesa 2980 gram., lungo 47 cent. Direbbesi quindi alquanto immaturo, quantunque il capo che aveva forma squisitamente dolicocefala avesse diametri antero-posteriori di feto a termine; infatti

M. O.	13	F. O.	11.5
S. O. B.	9.4	S. O. F.	10.5

diametri che dopo 5 giorni non erano o di pochissimo mutati. Quindi la lieve angustia pubica palese per la pelvimetria esterna, la forma speciale del cranio, furono la causa della flessione esagerata, la quale produsse a sua volta la compressione del funicolo avvolto al collo e la grave asfissia.

Anche in questo caso ponno in favore di ciò addursi gli argomenti emessi già pel caso precedente, e cioè la breve durata del travaglio

(7 ore 1|4), l'asfissia che insorse prima anche dello scoppio della borsa amniotica, e il decorso rapidissimo dell'asfissia, giacchè pochi momenti prima della rottura del sacco l'ascoltazione non dava segni di asfissia, mentre poi anche con una estrazione prontissima si ebbe un feto in gravissimo pericolo di vita.

Quanto alla questione del soffio fetale se non si ha fra gli ostetrici l'accordo unanime per ammettere che molte volte esso sia prodotto da compressione del cordone, pure i più sono di questo avviso.

Kennedy (1) che nel 1830 scoprì questo rumore speciale, da lui chiamato *suono ombelicale*, lo attribuì a compressione del cordone od al passaggio del sangue attraverso ad uno stringimento arterioso; dopo il Kennedy si sono occupati della spiegazione di tale soffio sopratutto il Dubois, il Carriere, il Depaul (2), il Devilliers (3), lo Charrier ed il Pinard (4). Carriere riporta che in 10 o 12 casi nei quali il cordone si avvolgeva una o più volte intorno al collo non ha constatato durante la gravidanza il soffio ombelicale; ed aggiunge che a lui non è mai riuscito di far insorgere una pulsazione soffiante premendo collo stetoscopio sul cordone, conservante ancora i suoi rapporti fra madre e feto, immediatamente dopo la nascita.

Depaul nel suo « Trattato d'ascoltazione ostetrica » giudica che qualche volta un soffio può aggiungersi ad uno dei toni dovuti al cuore del feto, soffio che molte volte può partire da un punto del cordone ombelicale; e più avanti soggiunge che quando il soffio si origina fuori del cuore con tutta probabilità risulta da compressione che subisce il funicolo.

Devilliers ha trovato delle circolari nella metà dei casi in cui ebbe a sentire il soffio. M. Carriere lo attribuisce a numerose circolari. — Tarnier (5) senza pronunciarsi sulla vera causa del soffio

---

(1) Depaul. « Traité d'ascultation obstétricale. » Paris 1847.

(2) Loc. cit.

(3) « Nouvelles recherches, etc. »

(4) « Du souffle foetal. » Société de Biologie, Séance 4 mars 1876. *Arch. Tocologie*, mai 1876.

(5) Articl. « Cordon. » Dictionnaire de Jacond.

pensa che possa esser dovuto alla compressione del cordone che fa degli avvolgimenti.

Il Pinard (1) partendo da un lavoro del Berger sulla conformazione interna della vena e delle arterie ombelicali ha istituito una numerosa serie di ricerche preparando i cordoni provenienti:

1.° da donne nelle quali non aveva percepito soffio fetale;

2.° da donne in cui egli aveva sentito delle pulsazioni soffianti col massimo d'intensità a livello del cuore fetale;

3.° da donne nelle quali il soffio intermittente era stato avvertito o a livello del cuore fetale od in un punto più o meno lontano;

4.° da donne nelle quali aveva percepito un soffio semplice, ma permanente, col massimo lungi dal cuore;

5.° finalmente appartenenti a donne nelle quali il soffio era doppio, permanente, col massimo d'intensità lungi dal cuore del feto.

Esaminando queste serie separate di cordoni, in alcune, e precisamente nelle 3 prime, non ha trovato traccie di pieghe semilunari o circolari nei singoli vasi, ed inoltre in essi i vasi decorrevano pressochè rettilinei. Nella 4ª ha trovato sul tragitto della vena delle pieghe falciformi semilunari o diaframmatiche; le arterie presentavano restringimenti ma non valvole. Nella 5ª trovò numerose pieghe semilunari ed anche circolari, e ciò sì nella vena che nelle arterie; alcune di queste valvole obliteravano i tre quarti almeno del lume del vaso. Per il che egli concluse che esiste un soffio cardiaco, con soffio funicolare semplice o doppio dipendente da pieghe semilunari o diaframmatiche esistenti sia nelle vene che nelle arterie, e finalmente un soffio più intenso degli altri, isocrono ai battiti del cuore, semplice, fugace, e dovuto alla compressione passeggiera degli elementi del cordone prodotta sia dalle parti fetali sia dallo stetoscopio.

Dopo queste ricerche del Pinard la questione è veramente messa su basi scientifiche, e se non deve più far meraviglia il trovare il soffio funicolare quando non esistono circolari, deve invece attribuirsi

---

(1) Loc. cit.

a compressione del funicolo il soffio che come nel caso suesposto (osservazione II), insorge durante il travaglio, e coincide, ad esempio, con una forte flessione del capo capace di produrre detta compressione.

Lo Schatz ha richiamato l'attenzione degli ostetrici su un altro fatto che può servire come sintoma per la diagnosi di esistenza e compressione del cordone avvolto al collo. Egli (1) narra d'avere in molti casi ricercato l'insellamento della nuca o la parte accessibile del collo, e d'avere colla mano compresso dall'esterno la parete uterina contro tale parte del corpo del feto, e d'essersi accorto, ascoltando, di una notevole diminuzione nella frequenza del doppio battito (fino alla metà), e ciò nei casi in cui il feto venuto alla luce mostrava il cordone attorcigliato al collo; naturalmente, egli soggiunge, una tale compressione che fu anche sperimentata in un caso di presentazione trasversa con funicolo prolassato, e coll'identico risultato, non durò mai oltre un quarto di minuto. Questa prova, nei casi in cui può essere tentata, se riesce, credo abbia un vero valore semiologico, giacchè è indubitato che per un ostacolo nella circolazione funicolare, equivalente ad una diminuzione della respirazione placentare, si ha dapprima eccitazione del vago, e quindi rallentamento sulla frequenza dell'attività cardiaca; chè questo ostacolo duri un po' ed allora all'eccitamento del vago succede la paralisi, ed al rallentamento l'acceleramento dei battiti cardiaci.

Quanto alla compressione del funicolo avvolto al collo in caso di presentazione di faccia, già intravista dallo Stein e per analogia ammessa dal Fabbri, clinicamente non è addimostrata che dal caso dello Schmidt, nel quale la morte del feto avvenne in principio di travaglio.

La quale particolarità a me sembra una buona prova che la morte sia stata prodotta dalla compressione del funicolo avvolto al collo fra occipite e dorso. È risaputo infatti che nella presentazione di faccia la estensione dapprima poco marcata (esiste sempre una lieve inclinazione frontale) si fa subito fortissima, e però, quando la faccia

---

(1) *Archiv. für Gynack.*, Band. XX, Heft. I, pag. 158.

è scesa pel tratto concessole dalla lunghezza del collo, il mento cessa di discendere e si avanza invece l' occipite, tanto che il meccanismo del parto per la faccia, da questo momento in avanti si può definire (come faceva il prof. G. B. Fabbri nelle sue lezioni orali) *un vasto movimento di flessione.* Sarebbe quindi strano che la compressione non fosse avvenuta in principio, ma bensì durante il periodo espulsivo, nel qual caso converrebbe ricorrere ad altre spiegazioni, come ad esempio, alla compressione del funicolo fra la faccia anteriore del collo e le ossa del pube.

***

Considerata così clinicamente la compressione del funicolo al collo essendo la testa fortemente flessa, a me restano da esporre alcuni esperimenti fatti allo scopo di vedere se la flessione forte del capo e la sua estensione possano e fino a qual grado ostacolare od anche del tutto intercettare la circolazione nei vasi del cordone. Esperimenti di questo genere non sono ancora stati eseguiti da alcuno, e perciò le conclusioni che potranno dedursene avranno, se non altro, il merito della originalità.

L' esperimento deve consistere nel far sì che nei vasi del funicolo circoli liquido sotto pressione costante e pressochè eguale a quella che si ha in essi durante la vita intrauterina, poi nel far girare una o più volte intorno al collo del feto questo cordone, indi flettere gradatamente la testa e vedere cosa succede della pressione del liquido circolante in questi vasi nel tratto antecedente all' ostacolo o nel susseguente.

Perchè l'esperimento poi riuscisse più conforme alla realtà era indispensabile che prima di tutto io conoscessi la pressione esatta del sangue nei vasi ombelicali. Veramente una questione simile, che in questo lavoro non può figurare che come secondaria, avrebbe meritato un lavoro a parte, e tuttavia nella letteratura ostetrica o non figura o vi figura scarsamente trattato.

Solo il dott. Alban Ribemont (1) nel 1879 pubblicò un lavoro sulla tensione del sangue nei vasi del feto e del neonato a proposito della questione « *del momento in cui devesi legare il cordone* » questione allora d'attualità dopo i risultati delle ricerche sperimentali del Budin. Il Ribemont adoperò due emometri di Magendie modificati Marey, agli estremi dei tubi di gomma attaccò due aghi tubulati con pinzetta a molla per fissarli al cordone una volta penetrati nel vaso. Egli fece le sue ricerche appena il feto era venuto alla luce, infiggendo un ago in una delle arterie, l'altro nella vena, cercando d'operare con molta sveltezza. Due anni innanzi, vale a dire nel 1877, lo Schuking (2) in un lavoro riguardante sempre la questione sollevata dal Budin riferisce incidentalmente 3 esperienze ch'egli fece per misurare con un manometro comune la tensione sanguigna nella vena ombelicale.

Io mi sono servito di due manometri comuni, al cui braccio ripiegato ho innestato un tubetto di gomma, all'estremo del quale era adattato un ago tubulato fatto costrurre da me, identico a quello del Ribemont.

L'ago ed il tubetto di gomma erano riempiti di soluzione di cloruro sodico; l'ago poi era perfettamente reso sterile al calore, perchè in queste ricerche, se così non si operasse, sarebbe possibile di inoculare direttamente nel torrente sanguigno del feto materie infettanti.

I due manometri venivano disposti su un tavolino vicino al letto da parto; appena espulso il feto, infiggevo l'ago nella vena dirigendo la punta verso la placenta, poi nei casi in cui mi riesciva infiggeva l'altro ago in una delle arterie dirigendone l'estremo puntuto contro il feto. Un assistente che mi coadiuvava in queste ricerche leggeva tosto e segnava i mutamenti che avvenivano in uno dei 2 manometri, nell'altro, se ero riescito a utilizzare anche l'arteria, leggeva io stesso e notavo. A queste ricerche assistevano quasi sempre gli studenti di turno; qualche volta si è trovato presente anche il prof. Fabbri.

---

(1) « Recherches sur la tension du sang dans les vaisseaux du foetus et du nouvau-né. » *Archiv. tocologie.* Octobre 1879.

(2) Citato nel lavoro del Ribemont.

Ecco ora le singole osservazioni:

Osserv. I. N. 12, 1890-91. — F.... C..., d'anni 20, I para, parto a termine alle ore 8 pom. del 4 febbraio 1891. Feto in presentazione vertice. Iª pos., di sesso femminile, peso 3270 gram., lungo 48, appena espulso pungo la vena ombelicale prima che il feto compia la inspirazione, e la pressione sale a *25 mm.* Subito dopo la inspirazione si abbassa a *15 mm.* Premendo colla mano sull'utero retratto ma non contratto, anche leggermente, la pressione sale a *30 mm.* per cadere rapidamente a *15 mm.* appena la mano abbandona l'utero.

Osserv. II. N. 24, 1890-91. — C.... L..., d'anni 24, III para, parto a termine il 6 febbraio 1891, alle 12.30 pom. Feto di sesso femminile lungo 48, peso 2750; present. V., Iª pos. Punta la vena appena il feto è espulso prima dell'inspirazione, la pressione è di *20 mm.*; dopo la prima inspirazione si abbassa a *16 mm.* Facendo il massaggio sull'utero la pressione sale a *28 mm.* per ridiscendere tosto la mano cessa dal fregare il viscere. Fattesi rare e poco sensibili le pulsazioni del funicolo la pressione discende a *12 mm.*

Osserv. III. N. 29, 1890-91. — M.... D..., d'anni 40, VIII para, parto a termine il 7 febbraio 1891, alle 10 ant. Feto di sesso maschile lungo 51, peso 3460 gram. present. V. 3ª pos. Periodo espulsivo lento per inerzia secondaria. Forcipe Simpson a testa già rotata. Il feto appena estratto vagisce: pungo un'arteria, il manometro sale lentamente a 29 mm., dopo 6′ il funicolo non pulsa più.

Osserv. IV. N. 23, 1890-91. — S.... P...., d'anni 29, II para, parto a termine il 18 febbraio 1891, alle 10 pom. Feto di sesso maschile lungo 49.5, peso 3490, in pres. V., Iª pos. Pungo coll'ago del manometro un'arteria dopo il vagito. La pressione è di 30 mm., le pulsazioni cessano subito dopo e quindi non faccio in tempo a pungere la vena. In questa donna da tempo erasi notato soffio funicolare, localizzato a certa distanza dal focolajo di intensità massima del doppio battito. Questo soffio si mantenne durante il travaglio e parve anzi aumentare di intensità verso la fine del parto; appena espulso il feto sentesi un'ansa piuttosto stretta di funicolo attorno al collo; in questo caso non fuvvi però flessione che leggerissima. All'esame del cordone notai parecchie valvole semilunari nella vena, abbastanza sviluppate.

Osserv. V. N. 15, 1890-91. — B.... O..., d'anni 20, I para, bacino piatto non rachitico. C.V. 88, parto precoce spontaneo. Feto di sesso

femm., peso 3080, lungo 46.8, present V., pos. O. I. T. sinistro. Appena nato vagisce, pungo la vena e trovo 16 mm. di pressione, nell'arteria non riesco ad infiggere l'ago prima che le pulsazioni cessino, il che accade dopo 2′ dall'espulsione. Anche qua noto l'aumento della pressione nella vena fino a 28 mm. durante un massaggio un po' forte sul fondo dell'utero, e la rapida discesa alla cifra di prima appena cessata la pulsazione.

Osserv. VI. N. 10, 1890-91. — O.... T..., d'anni 28, II para, parto a termine il 23 febbraio, entra in clinica in travaglio, il feto è in present. V., pos. O. I. T. sinistra con marcata inclinazione sul parietale posteriore. Le membrane si rompono a dilatazione completa. Spontaneamente, il funicolo si fa prolassato. La testa si impegna più profondamente correggendosi l'inclinazione. Forcipe Simpson, estrazione rapida di un feto di sesso maschile, lungo 52, peso 4100, asfittico di 3° grado; preoccupato per rianimare il feto non mi valgo del manometro che dopo 6′ o 7′ dalla nascita, quando dopo poco il funicolo cessa dal pulsare, pungo perciò la sola vena e trovo una pressione di *15 mm.*

Osserv. VII. N. 31, 1890-91. — M.... C..., d'anni 26, IV para, parto a termine il 25 febbraio 1891 alle 9 ant. Feto di sesso femminile, peso gram. 3750, lungo 52, present. V., posiz. IV convertita. Il feto appena espulso vagisce, nella vena si ha la pressione di *0.9 mm.*, nell'arteria di *25 mm.*

Osserv. VIII. N. 27, 1890-91. — T.... D..., d'anni 28, IV para, parto a termine il 27 febbr. 1891. Feto femmin., lungo 51.5, peso 3920. Nell'arteria la pressione è di *31 mm.*, nella vena di *15 mm.*; queste cifre si sono ottenute mentre il neonato compiva la prima inspirazione. Premendo sull'utero, la pressione della vena sale sino a *22 mm.*, nell'arteria la colonna manometrica non si sposta sensibilmente.

Osserv. IX. N. 35, 1890-91. — G.... B..., d'anni 31, V para, parto a termine l'8 marzo 1891. Feto di sesso maschile, pres. V., I^a pos., peso 3500, lungo 51 cent. Appena nato il feto vagisce; pressione nell'arteria *33 mm.* nella vena *18 mm.*

Osserv. X. N. 36, 1890-91. — G.... O..., d'anni 19, I para, parto a termine l'11 marzo 1890-91, alle 2.30 ant. forcipe al fondo pelvico per inerzia secondaria, feto di sesso maschile lungo 50, peso 3100, appena estrattolo pungo l'arteria e poscia la vena, in quella la pressione è di *28 mm.* in questa di *13 mm.* nel mentre vagisce.

Osserv. XI. N. 38, 1890-91. — M.... C..., d'anni 25, I para, parto a termine il 12 marzo 1891, ore 2 ant. Feto di sesso femminile lungo 48.5, peso 3120, pres. V., II^a pos. convertita. Appena espulso vagisce; pressione nella vena *20 mm.* sale a *30 mm.* se si fanno pressioni colla mano esterna sull'utero.

Osserv. XII. N. 41, 1890-91. — M.... D..., d'anni 22, I para, parto il 27 marzo 1891 alle 10.15 pom. Feto di sesso femminile lungo 51, peso gram. 3760, in pres. V., IV^a pos. convertita, nasce asfittico di 1° grado, appena espulso pungo la vena prima che esso respiri e trovo la pressione di *17 mm.* nell'arteria *28 mm.* Alla prima inspirazione che avviene 2′ dopo la nascita la pressione nell'arteria discende a *26 mm.* nella vena non si altera, il funicolo cessa di pulsare.

Osserv. XIII. N. 16, 1890-91. — I.... C..., d'anni 45, II para, parto a termine il 30 marzo 1891 alle 3 pom. Feto in pres. V., I pos. di sesso maschile lungo 51, peso 3450. Appena nato vagisce, lestamente pungo l'arteria e la vena e trovo nell'arteria la pressione di *31 mm.* nella vena *17 mm.*, e rimane immutata fino alla cessazione dei battiti del funicolo, il che accade 3′ dopo la nascita.

Osserv. XIV. N. 17, 1890-91. — C.... L..., d'anni 40, I para, pelvi lievemente viziata per zoppicamento unilaterale da anchilosi coxo-femorale destra, parto a termine il 31 marzo 1891. Feto di sesso femminile, peso 3150, lungo 47, in pres. V., III^a posizione. Appena nato vagisce. Non riesco ad infiggere l'ago che nella vena, ove trovo la pressione di *18 mm.* che cresce a *26* e a *28 mm.* spremendo alquanto colla mano il corpo dell'utero.

Osserv. XV. N. 32, 1890-91. — B.... C..., d'anni 21, I para, parto spontaneo il 5 aprile 1891, ore 8 ant. Feto maschile lungo 47.5 e peso 2900, present. V., pos. O.I.T. sinistra. Appena nato non vagisce, e riesco ad infilare prima del vagito la vena, ove la pressione è di *16 mm.* nell'arteria, non riesco a infiggere l'ago prima che cessino i battiti del cordone.

Osserv. XVI. N. 39, 1890-91. — V... C.., d'anni 18, I para, parto a termine il 6 aprile 1891, ore 6 pom. Feto di sesso maschile, peso 4100 lungo 51, present. V., I^a posizione. Forcipe al fondo pubico per inerzia secondaria e resistenza del perineo. Feto maschile lungo 52, peso 4100, nasce asfittico di 1° grado, e prima che vagisca riesco ad avere la pressione della vena che è di *17 mm.* e che diminuisce di *1* a *2 mm.* quando il neonato respira.

Osserv. XVII. N. 44, 1890-91. — G... A.., d'anni 21, I para, parto spont. il 6 aprile 1891, ore 11 ant. Feto maschile lungo 45.5, peso 2270, pres. V, 2ª posiz. convertita. Appena nato vagisce, nella vena la pressione è di *20 mm.*, nell'arteria non mi riesce di far penetrare l'ago.

Osserv. XVIII. N. 50, 1890-91. — B.... L..., d' anni 19, I para, parto a termine il 16 agosto 1891, 8.30 ant. Feto femminile lungo 50.8 peso 4180, present. V., 1ª posiz., vagisce appena nato. Nella vena la pressione è di *15 mm.*

Osserv. XIX. N. 45, 1890-91. — B.... C..., d'anni 29, XII para, parto a termine il 16 aprile 1891, 10 ant. Feto femminile, lungo 48.5 peso 2870, present. V., 1ª posiz., espulso vagisce tosto, nella vena la pressione è di *18 mm.*

Osserv. XX. N. 48, 1890-91. — C.... M..., d' anni 29, I para, parto a termine il 3 giugno 1891, 1 pom. Feto femminile, peso 3260, lungo 48, present. V., 2ª posizione convertita. Appena nato vagisce. Nella vena la pressione è di *20 mm.* Premendo sull'utero sale a *25 mm.* cessando dalla pressione ridiscende a *20 mm.*, tornando a premere sull'utero sale di nuovo e stavolta fino a *34 mm.*, togliendo la mano ridiscende a *25 mm.* La circolazione del cordone cessa.

Affinchè meglio appaia il risultato di queste ricerche ne riassumerò le cifre nel seguente specchietto:

Num. dell'osservaz.	Pressione nella vena	Pressione nell'arteria
1	25 mm. 15 mm.	—
2	20 mm. 16 »	—
3	—	29 mm.
4	—	30 »
5	16 »	—
6	15 »	—
7	09 »	25 »
8	15 »	31 »
9	18 »	33 »
10	13 »	28 »
11	20 »	—
12	17 »	28 »
13	17 mm. 15 »	31 »
14	18 »	—
15	16 »	—
16	17 »	—
17	20 »	—
18	15 »	—
19	18 »	—
20	20 »	—

La pressione media trovata adunque in 18 osservazioni nella vena è di *16.38 mm.* ed in 8 osservazioni nelle arterie è di *29-37 mm.*

Per il mio scopo non necessitando ricerche minute intorno ai mutamenti anche lievissimi che si hanno nella pressione dei vasi quando il feto è già fuori da qualche minuto, non ho creduto indispensabile applicare ai manometri un apparecchio scrivente, come invece ha praticato il Ribemont. Il quale conviene che è difficilissimo fare l'esperienza prima che il bambino vagisca, anzi in una serie di 7 osservazioni fatte allo scopo di misurare la tensione dei vasi dopo la legatura immediata è riescito una sol volta a porre un serrefines onde intercettare la corrente prima che il feto avesse vagito. Nelle mie 18 ricerche sulla pressione della vena 3 volte sono riescito ad ottenere il risultato prima che la respirazione fosse incominciata, ed ho trovato che la pressione in questi casi (osservazioni 1ª, 2ª, 13ª) era di 25, 20 e 17, e dopo il vagito discese a 15, 16 e 15; nelle ricerche sulla pressione nell'arteria non sono riuscito ad averne il risultato prima dell'inspirazione in nessuna delle 8 osservazioni.

Il punto nel quale le mie ricerche differiscono in modo sensibilissimo da quelle del Ribemont consiste nel risultato delle cifre ottenute; infatti pel Ribemont la pressione media nelle arterie del funicolo è di *63.7 mm.*, quella della vena di *33.49 mm.* Di fronte ai fatti di questo genere ogni discussione torna inutile, poichè in tali ricerche non trattasi di interpretare, bensì semplicemente di leggere sul manometro; ora nelle mie ricerche ho la convinzione di aver letto bene, ed alla presenza sempre di molte persone. D'altronde pensando alla cifra indicante la pressione del sangue nelle grosse arterie dell'adulto, pressione che oscilla fra 100 e 120 mm., fatto il debito paragone fra il calibro del vaso, l'età e la grandezza degli individui, anche a priori si comprende come le cifre del Ribemont debbono essere eccessive.

Del resto gli ostetrici, e non sono stati pochi, che hanno esperimentato a vari scopi sui vasi del funicolo, ripristinando in essi la circolazione con pressione artificiale che a loro credere meglio si avvicinava alla reale, sono partiti da cifre che si accostano molto più a quelle

trovate da me, anzichè a quelle del Ribemont. Così il Sällinger (1) ha creduto con una pressione eguale ad una colonna d'acqua alta 90 cent., corrispondente ad una di mercurio di circa *6,5 mm.* di riprodurre la pressione che trovasi nei vasi del cordone. Il Viti (2) ha usato una pressione data da una colonna d'acqua alta da 1 a 2 metri per le arterie da 0.80 cent. ad 1 metro per la vena, vale a dire da *7.5 mm.* a *15 mm.* di mercurio. Il Truzzi (3) ha usato una pressione di *15* a *20 mm.* di mercurio. Il Guzzoni (4) da *3.5 mm.* a *9.5 mm.* Alcune di queste cifre sono un po' più basse del vero in ispecie per le arterie. Infatti in queste la pressione è sempre maggiore e può dirsi che la pressione del sangue nella vena sta a quella delle arterie come *1 : 1,85.* Questo rapporto si approssima a quello che risulta dalle cifre del Ribemont, il quale, astrazion fatta dalla altezza di quelle, asserisce che la tensione del sangue nelle arterie ombelicali è sempre superiore, ed alle volte anche di molto, di quella del sangue contenuto nella vena.

E prima di passar oltre, sempre a proposito della pressione nei vasi ombelicali, piacemi far notare che nelle mie ricerche ho avuto occasione (e ciò sia detto per incidenza giacchè non fa parte dell'argomento che sto studiando) più d'una volta di notare che, mentre il funicolo seguitava a pulsare, una pressione fatta sull'utero colla mano, od un po' di espressione, aveva per effetto di far aumentare la pressione entro la vena. Infatti è notato che la pressione nelle osservazioni 1ª sale da 15 a 20 mm., nella 2ª da 16 a 28 mm., nell'8ª da 15 a 22 mm., nell'11ª da 20 a 30 mm., nella 20ª da 20 a 34 mm., ricadendo poi subito al punto di prima tostochè cessava la pressione sull'utero. Ciò dico piacemi riferire perchè appunto il Ribemont nel suo dianzi citato

---

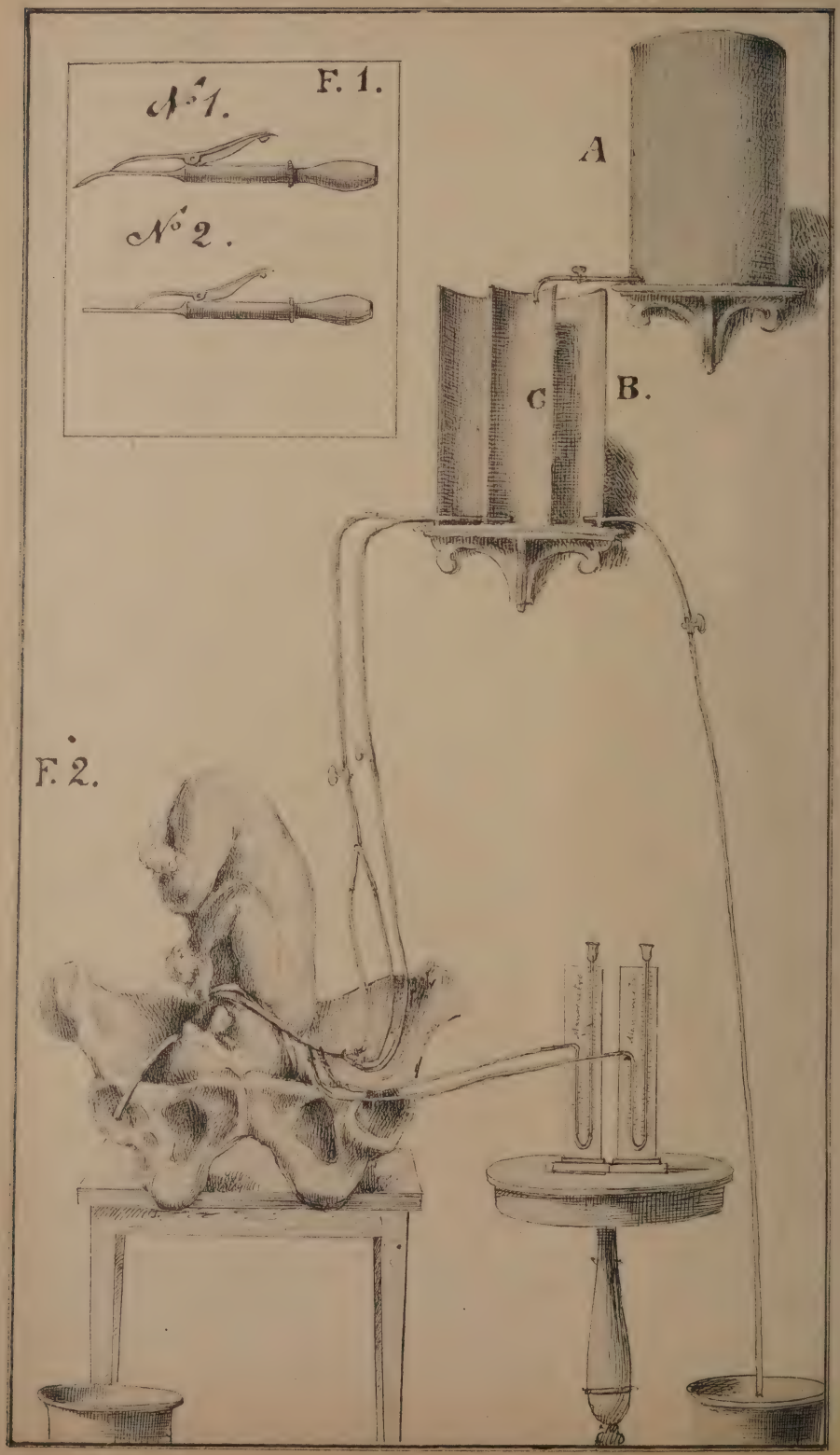
(1) « Ueber Hydramnion. » Dissert. inaug. Zurich, 1877.

(2) « L'amnios umano nella sua genesi e struttura ed in rapporto all'origine del liquido amniotico. » Siena, 1886.

(3) « Ascite fetale, idramnios ed inserzione velamentosa del funicolo ombelicale. » *Gazzetta Medica Lombarda*, 1884.

(4) « Sul poliamnios e sull'inserzione velamentosa del funicolo ombelicale. » Torino, 1890.

ROYAL COLLEGE OF
-9 DEC 91


F. 1.
N° 1.
N° 2.
A
B.
C
F. 2.

lavoro asserisce in modo assoluto che allorchè « si producano colla « mano contrazioni uterine oppure si fa pressione sull'utero, anche « con tutta la forza di una pressione manuale al punto di ottenere « l'espressione della placenta, il livello della tensione nella vena non « si alza di un millimetro. »

***

Prima di passare all'esposizione dei risultati sperimentali è necessario che io descriva succintamente l'apparecchio del quale mi sono valso. Per ottenere una pressione costante nel liquido da far circolare nei vasi del funicolo in luogo del sangue, ho fissato in una parete all'altezza di un metro e 1[2 dal piano dell'esperimento un recipiente *B* (Vedi fig. I), a forma cilindrica che ne conteneva un altro *C* pure della stessa forma ma di minore capacità, di modo che fra la parete interna del primo e l'esterna del secondo intercedeva un certo spazio. Un altro vaso *A*, collocato in guisa che il suo fondo era allo stesso livello della bocca dei due descritti, e per mezzo di un tubetto metallico trasportava il liquido nel vase centrale *C*, in tanta copia da mantenerlo sempre pieno, o traboccante nel recipiente *B*. Dalla parte inferiore del vase centrale si staccava un tubetto pure metallico che attraversato il fondo e la parete del recipiente *B*, si divideva in due rami, ad ognuno dei quali era innestato un tubetto di gomma, munito di rubinetto, e di cui uno rimaneva semplice fino al punto in cui arrivava al cordone ombelicale, l'altro mercè un tubo di vetro biforcato si suddivideva in due altri. Il semplice portava il liquido alla vena gli altri due alle due arterie. Per poi innestare esattamente le estremità inferiori dei 3 tubi sopraccennati nei 3 vasi del funicolo, mi sono giovato degli aghi che il Ribemont usò per la ricerca della pressione, ma retti ed ottusi (V. fig. II, n. 2); quello che si immetteva nella vena era molto più grosso di quelli che dovevano penetrare nelle arterie. Introdotti i tre aghetti nei vasi del cordone ombellicale, e fissatili all'esterno del medesimo mediante le annesse pinzettine a molla,

si legano tutti e 3 come in un bel fascio per impedire meglio il possibile distacco del cordone. Il cordone in cui era così artificialmente ripristinata la circolazione, veniva avvolto attorno al collo del feto vivo o morto, ed in questo caso collocato in presentazione del vertice su una pelvi secca. A fine poi di conoscere e regolare la pressione del liquido nei vasi del cordone, e valutarne i mutamenti a seconda della flessione od estensione della testa, mi valevo di due manometri collocati vicini al feto, ed ai cui tubi di gomma avevo affidato due aghi tubulati del Ribemont, identici a quelli di cui mi servivo al momento del parto per indagare la tensione del sangue nei vasi ombelicali; e durante la circolazione dell'acqua nel cordone, pungevo la vena ed un' arteria con questi due aghi, le cui pinzette annesse li fissavano in modo stabile ai vasi stessi.

Esperimento I. — Il funicolo che serve a questo primo esperimento è lungo 42 cent. Un primo tratto partente dalla placenta, lungo 22 cent., presenta quanto alla disposizione dei vasi la vena centrale e non contorta, e le due arterie che le fanno per tutto questo tratto un giro di spirale. Nei 20 cent. restanti l'asse mediano è formato dalle due arterie, e la vena fa attorno ad esse un giro ed un quarto. Questo funicolo è sprovvisto di gelatina.

Metto l'apparecchio suddescritto in comunicazione con un estremo della vena ombelicale; all'altro estremo, e più precisamente a 5 cent. da esso, pungo la vena con un ago tubulato in rapporto con un manometro. La pressione a questo estremo terminale del funicolo è di 5 mm. e si mantiene costante. Faccio allora passare un tratto del cordone dalla spalla sinistra di un feto vivo a termine, dietro la nuca, sotto il collo, in modo da farlo tornare sulla stessa spalla sinistra; flettendo allora il capo si vede che il tratto di cordone che passa al davanti del collo scende in avanti liberandosi così dalla stretta del mento e del petto, e per farlo restare in posto occorre che la circolare di cordone sia alquanto stretta. Allora producendo la flessione del capo, mentre il feto è tenuto ritto, e piuttosto fortemente, tanto che il mento tocchi con forza il petto, la pressione nell'estremo terminale del cordone diminuisce da 5 mm. a 2 mm. ed il getto che finora è stato forte si fa debole mantenendosi però costante. Appena tolta la testa dalla forte flessione il getto ritorna come prima. L'espe-

rimento viene ripetuto 5 o 6 volte, sempre collo stesso risultato. La parte di funicolo passante sotto il mento è data da quel tratto in cui la vena fa da asse ad un giro di spirale delle due arterie.

Esperimento II. — Il funicolo che ha servito per questo esperimento appartiene ad un feto nato da 12 ore; è stato però svuotato dal sangue subito dopo la espulsione della placenta. Esso è lungo 42 cent. e misura 2,8 cent. in circonferenza. Per un tratto di 12 cent. la vena e le arterie girano a spirale attorno all'asse longitudinale del medesimo; in un tratto però di 4 cent. di lunghezza la vena fa un intero giro di spirale attorno alle vene; per la rimanente lunghezza le arterie girano attorno alla vena che resta così asse mediano; la gelatina è ovunque scarsa.

Metto in comunicazione l'apparecchio colla sola vena, a 4 cent. circa dall'estremo libero della quale la pressione si mantiene costante a 14 mm. Faccio passare il funicolo attorno alla faccia anteriore del collo di un feto vivo di sesso maschile, del peso di Kilg. 3320, e lungo 49, coi due estremi poggiati sulle due spalle e portantisi verso il dorso. Fletto poscia la testa tanto da portare il mento con un po' di forza contro lo sterno, e facendo in modo che la piccola fontanella, essendo il feto ritto, riesca il punto più elevato; vedo allora la pressione diminuire ad ogni movimento di flessione di 7 od 8 mm.; oscilla però la colonna manometrica in modo sincrono ai vagiti del bambino, e così si innalza di 2 mm. circa quando questi grida, per riabbassarsi quando tace; togliendo la testa dalla posizione flessa la colonna dell'istrumento ritorna a segnare la pressione primitiva nella vena (14 mm.) La corrente acquosa dall' estremo libero della vena durante la flessione del capo si riduce di grossezza e qualche momento non è più continua ma a goccie.

Esperimento III. — Tratto lungo 39 cent. di un funicolo magro 2.6 di circonferenza in alcuni punti; in un breve tratto 2.8). La vena gira attorno alle arterie che rimangono così asse centrale, e vi descrive precisamente 5 giri completi di spirale. Metto in comunicazione l'apparecchio colla sola vena. La corrente in essa appare un po' ostacolata giacchè solo i due primi giri, a partire dall'estremo che è unito all'apparecchio a pressione continua si gonfiano, mentre non si gonfiano i sottostanti, e cola dalla boccuccia libera un getto meschino. Però spremendo di nuovo il funicolo riesco a far gonfiar tutta la vena.

Qui debbo osservare che il manometro applicato vicino all'estremo libero del funicolo non mi rivela la pressione dell' apparecchio, neppur del tratto di funicolo più vicino a questo, appunto perchè la pressione di un liquido contenuto in un tubo, diminuisce man mano il liquido stesso si avvicina allo sbocco di escita. È per tale motivo che cominciando dal presente esperimento, ho di poi sempre impiantato l'ago del manometro non più vicino all'estremo libero, ma bensì vicino all'altro estremo; e così mentre nelle prime 2 esperienze la compressione del funicolo appalesavasi con diminuzione di pressione al manometro, d'ora innanzi, se compressione vi sarà, si manifesterà invece con un aumento.

Infiggo l'ago del manometro nella vena a 5 cent. dal punto in cui il funicolo è attaccato ai tubi di gomma dell' apparecchio; quivi la pressione è di 20 mm. Ripeto allora la prova collo stesso feto vivo usato pel secondo esperimento, e ottenuta una discreta flessione mi accorgo che il manometro da 20 sale a 28 mm. ed anche a 30 mm.; appena però la testa è tolta dalla posizione flessa la colonna manometrica discende nuovamente di un sol colpo a 20 mm. Con una flessione ancora più forte il manometro segna 35 mm. Avendo poi in questo esperimento applicato sulla vena un manometro anche vicino all'estremo libero, durante la flessione del capo la pressione da 5 mm. (che tale appena era quivi) discende a 2 mm. ed anche ad 1 mm. e la corrente da continua che era si fa a goccie.

Esperimento IV. — Tratto di funicolo lungo 35 cent. piuttosto grosso (misura in circonfer. 37 mm.) È stato espulso da 8 ore tosto svuotato. La vena è centrale e non è contorta; le arterie vi girano attorno, facendo nel tratto che serve per l'esperimento 4 giri completi di spirale.

Metto in comunicazione l'apparecchio colla sola vena: la cui pressione a 5 cent. dall'estremo che è unito ai tubi dell'apparecchio stesso è di *18 mm.* Dispongo il funicolo al disotto e al davanti del collo del feto usato per gli esperimenti II e III; fletto il capo fino a che il mento tocca lo sterno, ed osservo che il manometro segna una pressione di *32 mm.*, aumento ancora la flessione in guisa che il mento si infossi alquanto nei tessuti molli del petto, la pressione sale a *40 mm.*, e la corrente dapprima diminuita, si intercetta completamente.

Esperimento V. — Tratto lungo 39 cent. di funicolo molto magro (della circonferenza 28 mm.) La vena costituisce l'asse centrale, e le arterie girano alla periferia di lei, e formano 3 lunghi giri a spirale. Il lume delle 2 arterie è traente un po' al piccolo; quello della vena è ampio come al solito.

Mi servo anche in questo esperimento di un bambino vivo (F) del peso di grammi 3225, lungo 48 cent., nato da poche ore. Metto l'apparecchio in comunicazione colle 2 arterie e colla vena. I 2 aghi (quello di una arteria e quello della vena) sono infissi nel funicolo a 5 cent. dall'estremo che è in comunicazione coll'apparecchio. Regolo i rubinetti in modo da avere nelle arterie una pressione costante di *30 mm.* e nella vena di *13 mm.* Faccio poscia passare il funicolo al davanti del collo e produco la flessione dapprima lieve, poi forte (il bambino è tenuto ritto); allora osservo che nell'arteria la pressione, ad una flessione forte, si eleva appena di *4 mm.* cioè arriva a 34 mm. nella vena invece da *13 mm.* sale per una flessione modica a 28 mm., per una flessione forte a *35 mm.*

Esperimento VI. — Tratto lungo 53 cent. di un funicolo discretamente grosso (34 mm. di circonferenza) espulso da 5 ore e subito svuotato dal sangue. Quanto alla disposizione dei vasi si nota che le arterie stanno al centro, e la vena gira attorno ad esse in modo non però continuo, poichè in due punti essa invece di proseguire il giro si ripiega per iniziare la spira nell'altro senso. Mi valgo di un feto vivo nato da poche ore. Metto l'apparecchio in comunicazione colla sola vena, nella quale ottengo una pressione di *20 mm.* In questo caso avendo un funicolo piuttosto lungo ne faccio due giri attorno al collo ed osservando il manometro senza flettere la testa che, essendo il feto tenuto ritto, viene perciò lasciata in balia del proprio peso, noto che pel solo fatto dei 2 giri attorno al collo la pressione nella vena non è punto mutata. Fletto discretamente la testa tanto da far toccare senza forza il mento collo sterno, e la pressione sale subito a *28 mm.* Aumentando la pressione in modo da far sì che il mento si appoggi con un po' di forza sul petto, la pressione sale a *38 mm.*, e dall'estremo libero della vena la corrente appena indebolitasi prima, ora quasi non fluisce più, se non a goccie rare. Anche in questa esperienza avverto nel manometro le oscillazioni di 2 a 3 mm. sincrone alle grida del bambino (durante il grido aumento della pressione, durante l'inspirazione diminuzione).

Esperimento VII. — Tratto lungo 70 cent. di un funicolo discretamente grosso (32 di circonferenza). Le arterie servono da asse ad una spira a passo brevissimo descritta attorno ad esse dalla vena la quale appunto compie 13 giri completi nella lunghezza anzidetta. La gelatina del Warton è piuttosto scarsa, ma i vasi hanno lume maggiore del normale, sicchè le arterie hanno ciascuna l'ampiezza quasi della vena normale, e la vena è molto più grossa di quanto si osservi comunemente.

Unisco l'apparecchio con tutti 3 i vasi del cordone; poi infiggo nella vena ed in un'arteria gli aghi dei due manometri in prossimità dell'estremo vicino all'apparecchio stesso. Per ottenere però nella vena una pressione non inferiore a *10 mm.* debbo usare l'artificio di ostacolare alquanto in essa il corso della corrente ponendo nell'estremo libero un lasso anellino elastico, che modera alquanto l'ampiissimo getto venoso. Ottengo così una pressione costante di 10 mm. nella vena, e di 23 mm. nelle arterie.

Avvolgo dapprima una sol volta il cordone attorno al collo di un feto vivo M., peso 3310, lungo 49 cent., nato 7 ore prima e tenuto ritto. Fletto la testa al grado in cui trovasi quando la piccola fontanella è centrale nello scavo, ed osservo che nel manometro comunicante coll'arteria la pressione è salita da *23 mm.* a *43 mm.*, nella vena da *10 mm.* a *30 mm.* Ripeto poscia l'esperimento facendo passare due volte il cordone attorno al collo, e con lo stesso grado di flessione, la pressione nella vena sale ancora a *37 mm.*, nell'arteria a *50 mm.* senza però che in nessuno dei 3 vasi la corrente molto assottigliata e indebolita (a momenti a goccie) venga completamente intercettata.

Esperimento VIII. — Mi valgo dello stesso cordone e dello stesso bambino. La pressione costante nella vena è sempre di 10 mm. e nelle arterie di *23 mm.* Un giro di funicolo attorno al collo. La testa è estesa come nella presentazione di faccia, disponendo il funicolo un po' stretto attorno al collo perchè con grandissima facilità esso scivola e si toglie così alla compressione dell'occipite contro il dorso. La pressione nella vena sale a 35 mm. nell'arteria a 45 mm. ed il getto dei 3 vasi è indebolito al grado dell'esperimento precedente quando si avevano 2 giri di cordone attorno al collo e testa flessa.

Esperimento IX. — Funicolo molto magro lungo 62 cent. avuto

3 ore prima; tosto spremuto. La vena è piccola e sta all'interno, le due arterie vi stanno ai lati senza girare a spira. Metto in comunicazione l'apparecchio colla sola vena, ed ottengo in questa una pressione di *20 mm.* Mi servo di un feto vivo di sesso maschile, peso Kilog. 3,400, lungo 50 cent.

Avvolgo il funicolo 2 volte attorno al collo di questo feto tenuto ritto; produco la solita flessione del capo, tanto da far toccare lo sterno col mento con una discreta forza. Allora la pressione nella vena sale a *28 mm.* Flettendo ancora di più il capo la pressione venosa arriva fino a *35 mm.* e ricade tosto al grado di prima (20 mm.), non appena la flessione cessa.

Esperimento X. — Il funicolo è lungo 38 cent. ed un po' meno magro del precedente (circonferenza 27 mm.) La vena di normale calibro gira all'esterno e compie attorno alle arterie che rimangono nel centro, sei giri a spirale.

Faccio comunicare l'apparecchio colla vena, ed ottengo in questa una pressione (a 5 cent. dall'estremo unito al tubo elastico dell'apparecchio) di *15 mm.*

Mi servo del feto usato per l'esperimento IX.° Con un sol giro di funicolo attorno al collo, flettendo la testa tanto da ridurre la piccola fontanella a punto più culminante del vertice, la pressione sale a *36 mm.* La corrente, quantunque da continua sia convertita in stillicidio a goccie frequenti, pure si mantiene.

Esperimento XI. — Tratto lungo 37 cent. di funicolo discretamente grosso (31 mm. di circonferenza). La vena di grosso calibro fa sei giri di spirale attorno alle arterie che stanno al centro esse pure però un poco contorte. Il bambino che utilizzo per questo esperimento è il medesimo che servì già agli esperimenti IX e X.

Messa in comunicazione la vena coll'apparecchio, ottengo una pressione di 18 mm. Con un sol giro di funicolo attorno al collo e con una flessione moderata, la pressione sale a 30 mm. (il bambino non vagisce e non si hanno perciò oscillazioni nel livello della colonna manometrica). Tolta la flessione, la pressione ridiscende tosto a 18 mm. Con una flessione più forte, cioè premendo con un poco di forza il mento contro lo sterno, la pressione sale a 38 mm. In questa ultima prova la corrente che prima zampillava in modo continuo, si è convertita in un meschino stillicidio di goccie.

Esperimento XII. — Tratto lungo 46 cent. di funicolo discretamente grosso (30 mm. di circonferenza) fresco. Le arterie di calibro normale e la grossa vena decorrono parallele, solo vicino ad un estremo e pel tratto di 12 cent. la vena fa tre giri completi di spira a passo brevissimo attorno alle arterie, poscia torna a decorrere ad esse paparallela; in quel tratto, quando la vena è distesa dal liquido che vi circola la grossezza del cordone è vistosamente maggiore che in tutta la restante parte in cui i tre vasi non fanno spirali.

In questo esperimento mi sono servito di un cadaverino di feto nato da 12 ore e morto nel periodo espulsivo, di sesso femminile, peso 3080 grammi, lungo 48 cent., avente i seguenti diametri:

M.o. 13 — F.o. 12.2 — S.o-Breg. 10.
S.o.F. 11 — S.o.M. 10.6 — Bp.A. 8.4 — Bp.O. 7.6.
Biacrom. 13 — Sterno dorsale 8.6.

In un bacino secco, fissato su un cavalletto che serve per gli esercizi delle operazioni ostetriche, e al disopra del quale è collocato al posto della colonna vertebrale un sostegno ad aste trasversali metalliche, diversamente inclinabile sulla pelvi stessa, colloco il detto cadaverino. La pelvi che è normale è resa un po' angusta dall'avanti all'indietro mercè le placche di zinco del prof. G. B. Fabbri, tanto da aversi una coniugata di 8.3 cent. Il feto è posto in presentazione del vertice e posizione O.F.T. sinistra. Faccio comunicare l'apparecchio colla vena, dove ottengo una pressione di 16 mm. Avvolgo il funicolo due volte attorno al collo, avvertendo che il tratto di cordone girante attorno a questo non comprende la parte in cui la vena fa tre giri di spirale attorno alle arterie. A un primo grado di flessione (il mento sfiora appena lo sterno) la pressione sale a 25 mm. Con una flessione più forte (il mento tocca il petto e ne comprime alquanto i tegumenti, e la piccola fontanella è perfettamente centrale nello scavo, distante 2 dita trasverse dal fondo, mentre la grande è colla sua metà anteriore al disopra della linea innominata) la pressione si eleva ancora e sale a 33 mm. Il getto della boccuccia della vena dapprima abbondante, nella prima prova non ha subìto indebolimento rilevante, nella seconda si è fatto sensibilmente meno forte. Aumentando ancora la flessione tanto che il mento s'infossi a forza nella cute del petto la pressione sale a 40 mm. La corrente rimane però continua quantunque anche più debole che nella prova precedente. In questa terza

prova per aumentare la flessione del capo, mentre la mia mano sinistra spingeva il fronte in alto, la destra produceva un po' di contropressione sul dorso del feto.

Esperimento XIII. — Feto, bacino e funicolo dell'esperimento XII. Presentazione del vertice posizione O.I.T. sinistra. Pressione nella vena 16 mm. Un giro solo di funicolo attorno al collo; il tratto che passa attorno alla faccia anteriore del quale è quello in cui la vena fa 3 giri a spirale attorno alle arterie, ed il funicolo è perciò molto più grosso. Flessione del capo forte in modo da avere come nella seconda prova dell'esperimento precedente, la piccola fontanella al centro dello scavo distante 2 dita dal fondo, ed il fronte al disopra dello stretto superiore. La pressione sale fino a 50 mm. e dall'estremo libero della vena la corrente esce a goccie rare. Lo stesso esperimento, con 2 giri di funicolo ma nel tratto in cui la vena non circonda a spirale le arterie, aveva dato per risultato 33 e 40 mm.; ripetutolo ora dà le medesime cifre, mentre poi la corrente si è mantenuta continua, e solo un po' indebolita.

Facendo poi due giri di funicolo, comprendendovi il tratto in cui la vena offre la più volte menzionata disposizione, e producendo la stessa flessione si ottiene pure una pressione di 50 mm., ed il getto esce stentatamente e a goccie rare.

Esperimento XIV. — Funicolo di feto a termine, fresco; piuttosto magro. Le arterie sono poste nel centro, la vena su un tratto di 63 cent. di lunghezza compie 19 giri di spirale a passo corto all'esterno delle arterie. Il lume della vena è alquanto più ampio del consueto. quello delle arterie è normale.

Metto in comunicazione l'apparecchio colla vena e colle arterie. Pressione nella vena 15 mm. nell'arteria 30 mm. Feto morto da poche ore, di sesso maschile, peso 3320, lungo 49 coi diametri cefalici di normale grossezza. Un giro di funicolo al collo. Flettendo il capo, posto nel bacino secco in posizione O. I. T. sinistra, piuttosto fortemente si ha nella vena 30 mm. nelle arterie 38 mm. e dalla boccuccia delle arterie, esce il getto continuo, solo un po' meno energico, dalla vena esce a goccie a goccie. Due giri di funicolo al collo, del resto tutte le altre condizioni della prova antecedente. La pressione sale nella vena a 40 mm. nelle arterie pure a 40 mm. Dalle arterie seguita il getto, indebolito ma continuo; dalla vena esce a goccie anche più stentate e rade.

Esperimento XV. — Funicolo, cadaverino e bacino dell' esperimento XIV. La pressione nelle arterie è sempre di 30 mm. nella vena di 15 mm. Feto in presentazione di faccia, posizione M. S. I. destra. Un giro di funicolo fra occipite e dorso, facilmente scivola man mano che si produce la estensione; un assistente deve tenerlo in posto fino a che esso venga stretto fra il dorso e l'occipite. Ottenuta adunque la estensione propria alla presentazione di faccia, la pressione nella vena sale subito a 40 mm. nelle arterie a 39 mm., coll'effetto di vistosa diminuzione nel getto venoso che esce a goccie, mentre lo zampillo arterioso continua sebbene molto debole. Aumentando ancora un po' la estensione si ottiene la soppressione del getto venoso.

Esperimento XVI. — Funicolo, cadaverino, e pelvi dell' esperimento XV.

Pressione costante nella vena 15 mm., nelle arterie 30 mm. Il feto con due giri di funicolo al collo vien posto col capo al fondo pelvico in posizione occipito posteriore destra. Vi si applica il forcipe Sympson e con questo si estrae coll'occipite all' indietro, e la bozza frontale anteriore sotto l'angolo del pube. Si noti che la pelvi secca è provvista dei legamenti sacro tuberosi e spinosi, e del coccige alquanto mobile sul sacro. Mentre si fanno le trazioni e la testa fortemente si flette, la pressione nella vena sale a 40 mm. nelle arterie a 38 mm. Nella vena la corrente è quasi intercettata, nelle arterie continua ma debolissima. La pelvi ha anche all'uscita diametri normali, i diametri cefalici del feto pure oscillano fra i limiti normali.

Esperimento XVII. — Funicolo fresco lungo 51 cent. lievemente provvisto di gelatina. Presenta 9 giri e mezzo di spirale della vena e delle arterie attorno all'asse mediano. La vena è di calibro normale; la metto in comunicazione coll'apparecchio. Dalle arterie non è possibile ottenere un getto continuo, quantunque il funicolo sia stato spremuto subito dopo la nascita; dalla vena invece esce un getto continuo, a pressione di 15 mm.

a) Un giro di funicolo al collo di un feto morto da due giorni, di sesso femminile, lungo 48.5, peso 3180, coi diametri cefalici normali. La testa nel bacino è messa in posizione prima del vertice, flessa tanto da aversi al centro dello scavo, e come parte più bassa toccante il fondo pelvico, la piccola fontanella, mentre una parte del fronte è tuttora al disopra dello stretto superiore. Mentre la mia mano destra

flette la testa nel modo anzidetto, la sinistra fa una lieve pressione sul dorso. La pressione nella vena sale a 37 mm. ed il getto si muta in uno stillicidio a goccie, per ripristinarsi tosto cessi la flessione.

b) Identiche condizioni, due giri di funicolo. La pressione venosa sale a 41 mm. ed il getto si fa anche più meschino, per riprendere tosto, etc.

Esperimento XVIII. — Funicolo lungo 76 cent., magro; per un tratto di 32 cent., la vena descrive 8 giri di spira attorno alle arterie, pel rimanente la vena è centrale e le arterie compiono larghe spirali intorno ad essa. Il cadaverino è quello che ha servito per l'esperimento XVII. È posto colla testa nella solita pelvi secca, in presentazione vertice, prima posizione. L'apparecchio è fatto comunicare colla sola vena, nella quale si ha una pressione di 15 mm.

a) Un giro di funicolo al collo (comprendente la parte in cui la vena gira attorno alle arterie) flessione modica, pressione 25 mm. il getto continua, però un po' meno impetuoso. Aumentando la flessione, la pressione sale a 36 mm., la corrente esce a goccie;

b) due giri di funicolo, flessione modica, pressione a 30 mm., getto continuo ma debole, flessione forte (piccola fontanella centrale) la pressione arriva a 40 mm. e la corrente è quasi intercettata;

c) tre giri di funicolo, flessione modica, pressione da 15 mm. a 34 mm., getto molto stentato, flessione più forte (non però al grado delle prove *a* e *b*) la pressione sale a 40 mm. e la corrente è intercettata.

Esperimento XIX. — Funicolo fresco, lungo 48 cent., piuttosto magro. Arterie e vena decorrono senza spirali, parallele per quasi tutto il tratto del cordone; solo ad un estremo compiono tutte assieme un giro incompleto di spira. Cadaverino dell'esperimento XVIII. Bacino idem. Messo l'apparecchio in comunicazione colla vena, non riescendomi d'ottenere un getto continuo dalle arterie che sono molto esili. La vena ha calibro discreto. Pressione nella vena 17 mm. Testa in presentazione del vertice, prima posizione, discesa nello scavo. Un giro di funicolo al collo, flessione forte (la piccola fontanella è centrale, il mento tocca con forza lo sterno). La pressione sale a 40 mm. il getto non è più continuo, ma scorre a goccie frequentissime per riprendere tosto tolta la flessione; non si riesce a intercettare per quanto si comprima il mento contro il petto.

Esperimento XX. — Funicolo, cadaverino, bacino dell'esperimento XIX. Testa in presentazione di faccia, M. C. D.

a) Un giro di funicolo fra occipite e dorso, tenuto fermo nel solco della nuca perchè tende a scivolare, la pressione da 17 mm. sale nella vena a 40 mm., il getto però non viene interrotto, uscendo dall'estremo libero della vena a goccie.

b) Due giri fra occipite e dorso, il resto come nella prova precedente; la pressione sale a 43 mm., il getto è perfettamente interrotto. (*).

CONCLUSIONI.

1.° Non può mettersi in dubbio che il cordone ombelicale avvolto al collo possa venir compresso o dal mento sul petto, o dalla nuca sul dorso, con danno più o meno grande alla libera circolazione feto-placentare.

2.° Sifatta compressione, quantunque venga esercitata su tutti i vasi ombelicali, risulta naturalmente maggiore sulla vena che ha un lume grande, e pareti più floscie delle arterie; e invero dagli esperimenti V, XIV, XV e XVI appare che mentre nella vena la pressione si elevò in media di 24 mm., nelle arterie, che avevano lume normale, si alzò solo di 10 mm.

3.° Però negli esperimenti VII ed VIII, nei quali mi valsi di un cordone avente le due arterie a lume molto ampio (quasi eguale a quello della vena nei casi normali) la pressione in queste, durante la prova della flessione del capo, salì da 23 mm. a 44 mm. ed anche a 50 mm., e nella vena da 10 mm. a 30 e 35 mm. Si potrebbe quindi dedurne che la capacità delle arterie del cordone ad essere compresse è in ragione diretta della loro ampiezza.

(*) Ringrazio vivamente il dottor Benvenuti, assistente effettivo, e il dott. Sallotti, assistente volontario, del loro aiuto e della loro assistenza tanto a questi esperimenti quanto alle ricerche sulla pressione del sangue nei vasi del cordone.

4.° A favorire la compressione della vena sembra che contribuisca il vario modo con cui ponno essere disposti i vasi del cordone fra di loro; si sa che le arterie e la vena ponno decorrere parallele senza essere attorcigliate, che le arterie ponno aggirarsi attorno alla vena; che gli attorcigliamenti della vena e delle arterie ponno essere simultanei, finalmente che la vena può descrivere dei giri più o meno numerosi attorno alle arterie.

Orbene, quando si verifica quest'ultima condizione, cioè che la vena si avvolga a mo' di spira attorno alle arterie, e faccia numerosi giri in breve tratto, a me pare che la vena sia più suscettibile di compressione. Ciò risulta manifesto dai due esperimenti XII° e XIII°, dirò così di controllo, nei quali intrapreso la prova prima su un tratto di cordone esente da questa speciale disposizione della vena, con uno, indi con due giri, si constatò che la pressione salì da 17 mm. a 33 e 40 mm.; ripetuto l'esperimento avvolgendo prima una, poi due volte al collo del feto quel tratto del funicolo in cui la vena presentava la disposizione suddescritta, la pressione salì di botto a 50 mm. ed il getto che nel primo caso erasi fatto solamente meno copioso e più debole, in questo rimase quasi affatto interrotto. Ciò si spiega pensando che nel caso in discorso, della vena cioè che si avvolge attorno alle arterie formando in breve tratto un numero grande di giri completi, aumenta di volume il cordone che per ciò riesce più facilmente e più intensamente compresso.

5.° Siffatta compressione riesce nei suoi effetti tanto più sensibile quanto più numerosi sono gli avvolgimenti del cordone al collo (vedi esperimenti).

6.° Nei casi in cui la flessione del capo è leggiera, il cordone può pure rimanere alquanto compresso (avendosi nella vena in tal caso un aumento medio della pressione di 10 mm.) senza che dall'estremo libero di esso appaia una diminuzione vistosa nello scolo del liquido. Ma quando la flessione della testa è molto pronunciata, tanto da aversi al centro dello scavo la piccola fontanella, ed il mento non solo toccante ma infossantesi nei tessuti del petto, allora la compressione del funicolo diventa sensibilissima, ed il getto del liquido si fa debolissimo

ed a goccie; quasi mai si ebbe a constatare la soppressione completa di esso. Per altro i casi di siffatta flessione forzata non si incontrano se non nei parti attraverso a bacini in totalità uniformemente angusti, o quando il feto abbia volume esagerato, o si trovi in posizione occipite posteriore non convertita. Ed è appunto per questo che nella grande maggioranza dei casi in cui non riscontrasi tale flessione forzata, le circolari del funicolo al collo riescono di poco danno, producendo soltanto gradi leggieri di asfissia, e qualche volta anche totalmente innocue.

7.° Quantunque condizione indispensabile all'efficace compressione sia, come già clinicamente prevedeva il prof. E. F. Fabbri, che il funicolo si trovi non solo avvolto ma in certo grado stretto al collo, altrimenti al primo tentativo di flessione del capo sguscia allo innanzi, sottraendosi così alla possibilità della compressione, tuttavia è assai più facile che ciò avvenga nella presentazione di faccia, essendo in quest'ultimo caso maggiore la divergenza dei due piani che tentano di comprimerlo.

8.° Qualora il cordone non possa sottrarsi alla compressione, questa si effettua più vigorosamente sotto la pressione della nuca che sotto quella del mento, certamente per la maggior durezza e continuità del piano solido offerto dall'occipite in paragone di quello del mento.

Provata così cogli sperimenti la possibilità che nei casi di forzata flessione od estensione gli avvolgimenti del funicolo attorno al collo ponno alle volte riescire dannosi alla vita del feto, ne derivano logicamente le conseguenze pratiche dedotte già dal mio Maestro, il professore E. F. Fabbri, che qui in breve riassumo: Quando il capo sia molto flesso o molto esteso, bisognerà accertarsi mediante l'ascoltazione (o colla prova proposta dallo Schatz) o meglio potendolo, coll'esplorazione fatta con tutta la mano, se realmente il feto abbia il cordone ravvolto al collo. In caso affermativo se trattasi di flessione, per stenosi pelvica o per eccesso di volume del capo, è necessario che l'ostetrico non abbandoni la partoriente in mano alla sola levatrice

fino a parto compiuto, potendo di momento in momento manifestarsi l'indicazione del suo pronto intervento.

Quando invece si trattasse della flessione forte, la quale si ha allorchè la posizione occipito posteriore non si è convertita in anteriore, per sottrarre il cordone a siffatta compressione, sarebbe ben fatto che l'ostetrico o colla mano, e se questa non riesce col forcipe, tentasse la conversione, come spesse volte si pratica in questa Clinica con esito sempre felice.

Nei casi poi di presentazione di faccia con cordone al collo, siccome man mano che la faccia progredisce entro la pelvi, la possibilità della compressione diminuisce, l'opera dell' ostetrico può riuscire, sotto questo rapporto, di vantaggio al feto solo in principio di travaglio, col mutare la presentazione di faccia in quelle di vertice o di podice.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN NOVARA

Intorno alle variazioni fisiologiche nella proporzione numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino

PEL

DOTT. ETTORE TRUZZI

Professore Direttore.

(*Continuazione, vedi pagina 744*).

Per farci un concetto possibilmente completo dei risultati ottenuti, parmi opportuno premettere un esame analitico dei dati di ciascuna tavola e riassumere in seguito i concetti fondamentali che se ne possono dedurre.

Debbo anzitutto avvertire che *nell'esame dei risultati ho creduto conveniente assegnare molto maggior valore alla cifra assoluta dei leucociti per mmc., anzichè al rapporto di tali elementi colle emazie.* A giustificare questa determinazione debbo far notare che non in tutti gli esperimenti mi fu possibile, come avrei desiderato, raccogliere il sangue venoso, tanto all'arto che all'utero, non soltanto per la numerazione comparativa dei leucociti, ma anche per quella, pure comparativa, delle emazie: per quanto tenessi a mia disposizione due mélangeur Potain, parecchie volte il tubo capillare dell'uno o dell'altro od anche di entrambi, per la pronta coagulabilità del sangue, veniva ad ostruirsi; e siccome poi una perfetta disostruzione richiedeva talora tempo e cure grandissime, così ero obbligato in simili casi ad appagarmi di valutare il numero assoluto dei leucociti per mmc., rinunciando ad istituire il rapporto dei medesimi colle emazie. Nè poteva fare molto assegnamento sulle medie

complessive dei casi delle singole tavole, essendo anche tali medie in certo modo influenzate dal numero molto diverso di casi, in cui venne istituito l'esame pei leucociti e per le emazie; numero scarso per questi elementi, completo invece per i primi. Faccio altresì notare che anche la sola numerazione dei leucociti per mmc., acquistava in queste esperienze speciale valore perchè la presa del sangue all'arto ed all'utero veniva fatta nell'istesso soggetto, coll'istesso metodo e con minimo intervallo possibile di tempo. Aggiungerò infine che nel corso delle esperienze ebbi occasione di convincermi che riusciva più sicuro ed attendibile nei suoi risultati, colle cautele che misi in atto, il processo di valutazione numerica dei leucociti, che non quello dei globuli rossi, dei quali erano anche più facili gli errori di numerazione, massime pel sangue dei conigli, dove si ha per mmc. una media assai elevata di globuli (circa sei milioni).

Del resto, come è facile riconoscere nell'esame delle tavole, il significato dei risultati ottenuti, non varia sensibilmente, sia che si tenga conto soltanto del numero assoluto dei leucociti, sia che si prenda anche in considerazione il loro rapporto colle emazie.

Una differenza un po' sensibile sotto quest'ultimo riguardo non si avrebbe che nel confronto tra coniglie gravide e puerpere nella tavola VIII: differenza, che trova sua ragione nel fatto, che il numero delle emazie nel sangue uterino di coniglie puerpere non potè essere ricercato che in unico caso.

Tav. I. — *Donne gravide* (7 primigravide, 4 plurigravide). — La gestazione era giunta

in	1	caso	alla	fine	del	VI	mese
»	1	»	»	metà	dell'	VIII	»
»	2	»	»	fine	»	»	»
»	7	»	nel	corso	del	IX	»

Tali donne di costituzione un po' diversa non erano affette da alcun particolare disturbo di salute; tutt'al più alcune erano alquanto denutrite.

Un primo fatto che ci colpisce è *la rilevante proporzione dei leucociti* (media nel sangue della circolazione generale 18270 p. mmc.) *e la*

relativa ed assoluta scarsezza delle emazie (media nel sangue della circolazione generale 3622443 p. mmc.) A giustificare un tal reperto, oltre l'influenza gravidica, meritano di essere ricordate le ricerche di M. Löwit (1) circa il rapporto numerico fra i leucociti e gli altri elementi figurati nel sangue umano in condizioni fisiologiche. L'A. studiandosi di elidere le fonti di errore, che nella numerazione dei leucociti provengono dalla rapida loro alterazione, conclude appunto, in accordo colle opinioni già espresse da A. Schmidt e da Cohnheim, che il numero dei corpuscoli bianchi è molto superiore a quello fin qui stabilito coi metodi migliori. Però, per amore di verità, non debbo tacere che altri osservatori in ricerche anche recenti e praticate con ottimi procedimenti di indagine hanno trovato cifre molto più basse: così Reinecke (2), usando la soluzione acetica pel processo di numerazione, giunse a stabilire come media normale la cifra di 7351 leucociti p. mmc. e come rapporto colle emazie 1 : 731; risultati poco dissimili l'A. ottenne colla soluzione Toison (glicerina, solfato di soda, cloruro sodico, metilvioletto, acqua). Analogamente il Kahler (3) giudicò erroneo il rapporto medio, comunemente ammesso di 1 : 250, 300, e ritenne come normale quello di 1 : 600. Il Limbeck (4) ed il Pick (5), nei loro studi sulla leucocitemia infiammatoria valutarono come media normale la cifra di 8-9000 leucociti p. mmc.; ed un' altra indiscutibile autorità negli studi ematologici, il Graeber (6), ritiene come già in aumento il numero dei leucociti, quando il loro rapporto colle emazie giunge a 1 : 400.

Ma veniamo al risultato, che più ci interessa, alla differenza cioè tra il numero dei leucociti nel sangue dell'arto e quello nel sangue della cervice uterina. In 4 su 11 casi la prima di queste cifre mi risultò superiore alla seconda; invece *negli altri 7 casi* (63 p. 0[0), *contrariamente alle idee ed ai reperti di Mochnatscheff, trovai sempre una eccedenza, per quanto lieve, del quantitativo in leucociti nel sangue uterino in*

---

(1) Löwit. *Archiv. für path. Anatomie und Physiologie.* Bd. IV, 1889.

(2) Reinecke. « Ueber Blutkörper zählungen. » Inaug. Diss. Halle, 1889. E « Blutkörper zählungen bei Gesunden ». *Fortschritte der Medecine,* Bd. VII, 1889.

(3) Kahler. « Sulla Leucemia. » Clinica med. di Vienna. *Riforma,* 1889, p. 1216.

(4) Limbeck. « Zeitschrift f. Heilkunde. » *Centralb. f. Klin. Medic.,* N. 23, 1890.

(5) Pick. *Prager medix. Wochenschrift.,* N. 24, 1890.

(6) Graeber. « Diagnosi clinica delle malattie del sangue. » *Riforma,* 1888, p. 1038.

confronto a quello dell'arto. La media di leucociti nel sangue della cervice fu di 18740, in quello dell'arto di 18270. Se poi prendiamo in considerazione i singoli casi, troviamo che la eccedenza dei leucociti nel sangue della cervice, in confronto col sangue dell'arto, oscillò fra i limiti 420 e 2030: differenza media 1272 leucociti per mmc. Nei 4 casi opposti si ebbero per limiti le cifre 410 e 1940 con una differenza media di 1182 per mmc.

Tav. II. — *Donne in travaglio.* — Qui il numero dei casi è così lieve, che non mi permette alcuna sicura illazione. Non posso che richiamare l'attenzione sopra il fatto che *la eccedenza nel numero dei leucociti nel sangue della cervice rispetto a quello dell'arto risulta nelle partorienti alquanto maggiore di quella già riscontrata per le gestanti* (vedi Tav. VIII). Tale eccedenza nel caso 2 si dimostra anche leggermente aumentata in seguito all'avvenuto scolo delle acque amniotiche.

Tav. III. — *Donne puerpere* (tutte primipare). — Gli esami vennero praticati a distanza diversa dal parto, da poche ore fino a tredici giorni. È interessante il fatto che *quella eccedenza in leucociti, che era stata riscontrata nel sangue della cervice sia in gravidanza sia sopratutto in soprapparto, diminuisce bruscamente in puerperio, finchè presto il numero dei leucociti nel sangue della cervice si fa minore rispetto all'altro del sangue della circolazione generale.* Tale fatto, per quanto basato sopra un numero un po' scarso di casi, mi sembra non privo di valore, sia perchè in due degli esami trattavasi dell'istessa puerpera, e quindi il confronto era più attendibile, sia perchè come vedremo, un tal fatto si accorda coi risultati ottenuti nelle coniglie puerpere, dove l'andamento ed il carattere delle esperienze ci può dare anche una maggiore garanzia dei risultati.

Però l'accennato fatto non ci offre qui una regolare progressione: la differenza massima, ad esempio, nei nostri quattro casi, presi in esame partitamente, corrisponderebbe alla VII giornata di puerperio, come appare dal seguente confronto:

Epoca di puerperio	Differenza
5 ore	+ 980
VII giornata	— 4500
XI »	— 1590
XIII »	— 470

Tav. IV. — *Donne non gravide.* — Anche qui il numero dei casi (due) è tanto esiguo, da lasciarci incerti sul loro significato. In uno dei casi fu maggiore la proporzione dei leucociti nel sangue dell'arto, nell'altro caso nel sangue della cervice uterina; giova però ricordare che in quest'ultimo caso avevasi un esteso processo di cervicite con erosione ed ectropio. Può tale stato morboso aver esercitato influenza sul risultato?

L'indirizzo delle ricerche di Mochnatscheff mi pareva così improprio, che non credetti opportuno insistere più oltre nel ripetere un tal genere di esperienze su larga scala. In compenso, come già dissi, cercai rendere più completa che mi fosse possibile la serie degli esperimenti sulle coniglie. Ecco i risultati ottenuti nei medesimi:

Tav. V. — *Coniglie gravide.* — La gravidanza apparteneva in due casi alla I settimana, in due alla II, in tre alla III, in cinque alla IV. In tutte le prove, tranne che in una, si ebbe come risultato costante *una cospicua differenza in più nel numero dei leucociti del sangue venoso uterino, in confronto a quello proveniente dall'arto.* Come dirò più innanzi, l'essere qui la differenza tanto rilevante, dipende dalla circostanza che negli esperimenti sulle coniglie le condizioni dell'animale gravido venivano, per la costante insorgenza di contrazioni durante i maneggi sull'utero, a farsi molto analoghe a quelle che si sarebbero avute, se la coniglia fosse stata in soprapparto.

La differenza nei singoli casi oscillò tra i limiti 650 — 13230, mentre la differenza media complessiva fu di 6922 leucociti p. mmc. Nell'unico caso, in cui ad una prima prova si ottenne una eccedenza di leucociti nel sangue venoso dell'arto, questa fu solo rappresentata dalla cifra 940 p. mmc.

Relativamente meno rilevanti furono le oscillazioni nel numero delle emazie, come lo dimostra il confronto delle medie nella tav. VIII, che qui riportiamo:

	Emazie	Leucociti	Rapporto
Vena dell'arto . . .	5. 360. 412	21. 630	1 : 247
» uterina	5. 723. 576	27. 814	1 : 205

Notiamo di passaggio come la cifra media delle emazie in queste coniglie gravide sia un po' inferiore a quella che viene considerata come

media normale nei conigli, che è di 6000000 p. mmc. (1). Una tale deficienza nel numero delle emazie, riscontrata anche negli esperimenti sulle donne gravide, sarebbe piuttosto in accordo colla opinione generalmente invalsa della diminuzione di tali elementi per opera della gravidanza, che non colla dottrina, recentemente sostenuta anche in un lavoro del dott. Schröder di Lipsia (2), secondo la quale il numero delle emazie ed il contenuto emoglobinico tenderebbero in gravidanza a crescere anzichè a diminuire, in grazia di una cresciuta attività della milza, del midollo rosso delle ossa, ed in genere degli organi emopoietici.

Tav. VI. — *Coniglie puerpere.* — Qui come già dicemmo più sopra si ripete a chiare note il fatto osservato in modo meno palese e sicuro nelle puerpere della specie umana; si osserva cioè *una progressiva diminuzione di leucociti contenuti nel sangue uterino fino al punto che il loro numero si rende inferiore a quello di tali elementi nel sangue dell'arto;* e una tale inferiorità numerica sembra rendersi sempre più palese mano mano avanza il puerperio. Diffatti ordinando le cinque esperienze giusta la data del puerperio abbiamo il seguente specchietto:

	LEUCOCITI		DIFFERENZA
	sangue uterino	sangue dell'arto	
I giornata. . .	26. 990	20. 620	+ 6. 370
III » . . .	30. 960	27. 040	+ 3. 920
VI » . . .	17. 400	18. 610	— 1. 210
VIII » . . .	18. 300	20. 860	— 2. 560
X » . . .	16. 150	19. 260	— 3. 110

Le medie complessive risultano perciò poco dissimili; abbiamo infatti 21278 leucociti per mmc. nel sangue dell'arto e 21960 per quello uterino.

(1) Paladino. « Istituzioni di fisiologia. » Vol. I, Napoli, 1878, p. 172.

(2) Schröder. « Unter suchungen über die Beschaffenheit des Blutes v. Schwangeren und Wochneriunen, so wie über die Zusammensetzung des Fruchtwassers u. ihre gegenseitigen Beziehungen. » Inaug. Dissert. Lipsia, 1890.

Nessun speciale significato parmi abbia la differenza, del resto non elevata, tra le medie delle emazie nelle due qualità di sangue (5534241 per quello dell'arto e 4486777 per quello uterino).

Tav. VII. — *Coniglie non gravide.* — Qui nè il confronto dei singoli dati, nè quello delle medie finali non suggeriscono circa la proporzione numerica dei leucociti nessun concetto degno di speciale rilievo. In tre casi il numero dei leucociti fu maggiore nel sangue venoso uterino ed in altrettanti casi fu prevalente in quello dell'arto. Le medie complessive sono quindi poco dissimili (20481 e 20405 p. mmc.), come anche le differenze nei singoli casi sono sensibilmente inferiori a quelle riscontrate in gravidanza ed oscillano fra un minimum di 330 ed un maximum di 1840. Nulla di particolare nel confronto delle emazie.

Esposti così i fatti come ci si presentarono, vediamo ora se alla loro interpretazione possa bastare l'ipotesi di Mochnatscheff, che più sopra abbiamo riferito. Se si esamina la tavola riassuntiva dei nostri esperimenti (tav. VIII), e se per le ragioni già addotte si fa astrazione dai rapporti tra leucociti ed emazie, e si mettono invece a confronto le medie del numero dei leucociti nel sangue venoso uterino ed in quello della circolazione generale, si scorge come la differenza tra queste due medie raggiunga il suo massimo nella serie degli esperimenti sulle coniglie gravide: qui diffatti noi abbiamo pel sangue uterino una eccedenza di oltre 6000 leucociti per mmc. in confronto alla media di tali elementi nel sangue dell'arto. E siccome questa serie di esperienze è anche la più numerosa e, per le ragioni più volte addotte, mi sembra ne' suoi risultati la più attendibile e la più significativa, così prenderò le mosse dalla medesima, tanto più che l'interpretazione, che verrà data dei risultati di tale gruppo di esperimenti potrà essere estesa in seguito a chiarire quasi tutti gli altri fatti, che si presentarono alla nostra osservazione.

Intanto, come già dicemmo, importa avvertire che — allorquando in questi esperimenti si apriva la cavità addominale, si estraevano i nodi gravidici, si dispiegavano i legamenti larghi per mettere in luce i vasi venosi ed inciderli, — insorgevano quasi sempre spiccate contrazioni uterine, che in taluni casi, come nelle esperienze 9, 10, 11 e 12 vennero anche artificialmente eccitate sia a mezzo della faradizzazione diretta, sia mediante l'applicazione di spugne umide caldissime. Noi ci avvici-

navamo pertanto in tali esperimenti alle condizioni proprie del travaglio, e questo infatti non mancò di insorgere e di espletarsi nello stesso giorno nelle accennate 4 esperienze e poco più tardi in altre due (esperienze 4 e 7). Negli altri casi, e massime allorquando, come nell'esperienza 5, si pose speciale attenzione a che l'inevitabile stimolo alla contrazione uterina fosse il più blando possibile, potè l'intempestiva attività contrattile sedarsi dopo l'esperimento ed aversi la continuazione della gravidanza; fa eccezione l'esperienza 1.ª nella quale un esteso ematoma sviluppatosi nel legamento largo fu pure causa del successivo interrompersi della gestazione.

Che queste contrazioni uterine durante l'esperimento possano essere state causa di quel notevole aumento di leucociti che venne riscontrato nel sangue refluo uterino, mi sembra ipotesi molto verosimile.

Ne è prova indiretta il fatto che nell'esperienza 5, in cui lo stimolo alla contrazione fu minimo, si ebbe ad un primo assaggio un minor numero di leucociti in detto sangue rispetto a quello dell'arto, ed in un secondo assaggio l'eccedenza di leucociti nel sangue uterino fu ben poco considerevole. Servono pure di prova i risultati degli esperimenti 9, 11 e 12, nei quali lo stimolo della faradizzazione o della spugnatura caldissima, provocando nuove e più energiche contrazioni, fece aumentare la già esistente eccedenza numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino; quanto poi alla diminuzione avuta in seguito a faradizzazione nella esperienza 10, facciamo osservare che qui il secondo assaggio del sangue uterino venne praticato dopo che la faradizzazione era stata a lungo protratta e forse quindi in epoca, in cui l'effetto delle ripetute contrazioni sul coefficiente numerico dei leucociti era già in parte dissipato.

Ma se io concordo col Mochnatscheff nell'ammettere l'accennata influenza della contrazione uterina sull'aumento dei leucociti nel sangue uterino di ritorno, credo però che la interpretazione data dall'A. di un tal fatto, sia, se non erronea, almeno insufficiente. Ed in vero, se si tien conto della prontezza onde qui l'effetto succede alla causa, onde cioè alla contrazione tien dietro l'eccedenza in leucociti nel sangue refluo uterino, se si riflette alla circostanza che una tale eccedenza non è punto lieve, bensì in molti casi assai rilevante, non si comprende come questo possa avvenire per il solo fatto che in grembo alla decidua i leucociti migrino dalla trama del tessuto interghiandolare per entro il lume dei vasi. Volendo anche prescindere dalle critiche fatte dal Poirier alla dottrina di

Leopold sulla condizione lacunare dei linfatici dell'endometrio e sulla struttura adenoide del medesimo (1), l' accennata migrazione dei leucociti parmi, ripeto, un fenomeno troppo limitato, fors' anche troppo lento, per darci ragione dell'immediato e rilevante incremento nel numero dei leucociti al primo verificarsi di qualche contrazione. Il paragone dell' utero colla milza mi sembra alquanto forzato per la disparità, sia di funzione sia di tessitura anatomica dei due organi. Per quanto possa ritenersi notevole l'accumulo di cellule bianche nelle decidue e specialmente nella interutero placentare, dove forse sono chiamate a rendere più attivo il commercio materno fetale, è però poco verosimile che da quest' unica provenienza possa derivare la rapida elevazione del coefficiente numerico di tali elementi, mentre è noto lo spessore relativamente poco notevole della decidua, mentre sono noti, a gravidanza un po' inoltrata, i fenomeni di fusione e regressione della decidua reflessa e parietale.

Senza pertanto voler togliere ogni valore alla ipotesi Mochnatscheff-Tarchanoff, io credo che una spiegazione molto più ovvia, molto più completa dei fenomeni osservati si possa avere, quando si tenga debito conto di un particolare carattere fisico dei leucociti, del quale abbiamo già fatto cenno in addietro, la viscosità cioè di loro superficie, la tendenza che hanno ad aderire alle parti, a cui vengono a contatto. « I leucociti del sangue e della linfa, così scrive il Robin (2), offrono una viscosità della loro superficie, che non si riscontra punto nelle altre specie di elementi del sangue. È questa senza dubbio, una delle cause della loro aderenza alla faccia interna dei capillari. Essa si manifesta altresì per l'aderenza reciproca di questi globuli allorquando vengono a toccarsi per entro i vasi contro le loro pareti: essi presentano allora una certa resistenza agli agenti che potrebbero separare gli uni dagli altri e talune volte partono insieme riuniti in un solo ammasso. Così nelle vene dove sono abbondanti (vena splenica, vena porta, vene sopraepatiche, ecc.), se ne trovano di accumulati in tal guisa. » Ed a pag. 227, dopo avere accennato alla media abituale di un globulo bianco per 300 globuli rossi, il Robin scrive: « Per apprezzare però un po' più esattamente questo rapporto numerico, è mestieri ricordarsi, che durante

---

(1) Poirier. « Lymphatiques des organes génitaux de la femme. » *Progrès médical*, 1889, p. 509.

(2) Ch. Robin. Art. « Leucocite. » Dictionnaire encycloped. d. sciences médicales par Dechambre, p. 232-233.

la vita una parte dei leucociti aderisce, benchè debolmente, alla faccia interna delle pareti dei capillari, e che una parte soltanto di essi si trova in sospensione nel plasma. Inoltre *il numero dei leucociti aderenti alle pareti dei capillari differisce assai da una regione del corpo all'altra.* Così, per esempio, questi elementi sono assai più numerosi nei capillari della milza, del fegato, della mucosa intestinale, del polmone, del rene, della pia madre cerebrale e della maggior parte delle ghiandole, che non nei capillari della pelle, dei muscoli, del tessuto laminoso, ecc. In parecchi degli organi surricordati, i leucociti formano come uno strato continuo, che lascia soltanto qua e colà degli spazii liberi più o meno estesi: invece nei tessuti ultimi citati, i globuli bianchi si trovano lontani gli uni dagli altri.... *Generalmente la proporzione dei leucociti sulle emazie è aumentata per tuttociò che attiva la circolazione. Questo fatto vuolsi probabilmente attribuire alla circostanza che allora appunto i leucociti vengono a staccarsi in maggior numero dalla parete interna dei capillari ed entrano in circolazione.* »

Se non erro, questa proprietà e queste vicende nei movimenti dei leucociti nel territorio vascolare ci danno la più facile ragione dei fatti che Mochnatscheff ed io abbiamo rilevato. La complessa distribuzione lacunare degli spazii in cui circola il sangue materno in grembo alla placenta, debbasi o non debbasi ammettere che sia di derivazione fetale lo strato finitimo ai villi, in cui detto sangue penetra per incontrarvi gli importanti rapporti osmotici col sangue fetale — il fatto, che ne consegue, che la circolazione materna deve esservi non continua, ma assai irregolare, appunto per la irregolarità e moltiplicità dei canali, per i quali scorre il sangue — e, per la restante parte della decidua, quella scarsezza relativa di vasi efferenti, che gli anatomici in maggioranza ammettono nella mucosa del corpo uterino, in confronto alla cospicua abbondanza dei vasi arteriosi afferenti — infine, a gravidanza inoltrata, l'obbliterazione per trombosi di buona parte delle vene dello strato muscolare vicino alla serotina e più tardi anche di parecchie vene della serotina stessa (Leopold) ed il conseguente maggiore ingombro che ne viene alla circolazione, sono altrettante cause, le quali, nel mentre ritardano, inceppano la corrente sanguigna nell'utero gestante, devono anche creare disposizione su larga scala al ristagno di leucociti nel territorio vasale ed alla diffusa loro adesione alle pareti della intricata rete di canali, che devono attraversare.

Data questa condizione di cose, vediamo ora quali possano essere gli effetti di una o più contrazioni. Le medesime, comprimendo lo strato deciduale contro le pareti dell'uovo integro, deformando o facendo quasi da pressoio sulle lacune sanguigne e sui vasi della muscolare, devono agevolare il distacco dei leucociti aderenti e dare per effetto ultimo un temporario e notevole incremento di leucociti nella massa del sangue refluo.

« Ciascuna contrazione uterina, scrive il Petit, nello stesso tempo che chiude il passaggio al sangue arterioso, che affluisce verso l'utero, spreme in certo modo il sangue venoso, che ristagna nei seni uterini e accelera la circolazione di ritorno lungo le vene (1). » E quand' anche, come altri ammettono, la circolazione venosa uterina durante la contrazione dovesse essere non già favorita, ma, come l'arteriosa, piuttosto inceppata, resterebbe pur sempre il fatto di una notevole perturbazione del circolo uterino, colla naturale conseguenza di un facile distacco degli elementi bianchi, che trovansi debolmente adesi alle pareti dei vasi minori.

Questi fatti possono verificarsi, benchè in misura incomparabilmente minore, anche nel caso di utero non gravido, dove pure, se non esuberante come in gravidanza, è cospicua e complessa la rete vasale e dove pure si riscontra per la mucosa, sotto il riguardo anatomico, una dissonanza tra la scarsezza delle vene ed il numero rilevante dei vasi arteriosi. Così possiamo spiegarci come avvenga che anche in talune delle esperienze in coniglie non gravide si sia riscontrata una lieve eccedenza dei leucociti nel sangue venoso uterino in confronto a quello dell'arto. A loro volta i casi, in cui fu anzi minore nel sangue uterino il numero dei leucociti, possono trovar ragione nella scarsa eccitabilità contrattile dell'utero fuori gravidanza, per cui a malgrado della praticata laparotomia non veniva a togliersi, appunto perchè mancavano le contrazioni, il ristagno dei leucociti nel circolo uterino.

Nell'istesso modo una decrescente eccitabilità contrattile della matrice durante le fasi del puerperio, fors' anche le modificate condizioni anatomiche nella distribuzione vasale, che meno facilmente favoriscono un ristagno di leucociti nei vasi uterini, possono in parte giustificare la

---

(1) Petit. Thèse 1876. In: *Charpentier*. « Traité pratique d'accouchements. » Vol. I, p. 676.

riscontrata progressiva diminuzione del numero dei leucociti nel sangue venoso dell'utero in puerperio.

Infine anche l'esperienze sulle donne, per quel poco significato che possono avere, trovano, a mente mia, una spiegazione più facile, più verosimile in base alla mia ipotesi, anzichè a quella messa in campo da Mochnatscheff. Già dissi come, tra altro, in linea anatomica, per quanta importanza si voglia concedere alle ricche anastomosi vasali del circolo uterino, non sia giustificata la pretesa di voler desumere dai caratteri del sangue, che a stille si fa gemere dalla mucosa extracervicale, l'indole dei fatti che si avvicendano in grembo dell'endometrio. D'altra parte quella relativa scarsezza in leucociti, cui Mochnatscheff accorda tanto valore, non fu costante ne' suoi stessi esperimenti: perchè in una delle donne sottoposte a tale esame, pure essendo affatto assenti le contrazioni uterine, una volta si ebbe prevalenza di leucociti nel sangue uterino (esper. 1.ª, tav. I) ed un'altra prevalenza invece di leucociti nel sangue dell'arto (esperienza 4.ª, tav. II). Nelle mie esperienze, come vedemmo, una tale incostanza fu ancora maggiore, perchè nel 63 0[0 dei casi di donne gravide venne riscontrata una prevalenza di leucociti non già nel sangue della circolazione generale, bensì in quella uterina; eppure mancava in questi casi ogni indizio di intempestiva attività contrattile uterina. Io ritengo pertanto che le variazioni nel coefficente numerico dei leucociti nel sangue che si fa gemere per incisioni dal collo uterino di donne gravide siano tutt'affatto accidentali, senza alcun speciale significato. Chi ricordi lo stato di succulenza plasmatica del tessuto cervicale in preda a rammollimento gravidico e la moltiplicità degli spazii linfatici ectasici, sulla quale volle anche di recente richiamare l'attenzione l'egregio dott. Acconci (1), può di leggeri comprendere come a norma che l'incisione interessi più o meno profondamente il tessuto cervicale, ne debbano risultare sensibili variazioni nel numero di cellule incolore nel sangue, che si è preso ad esame, per la sua facile miscela ad umori ricchissimi in cellule linfoidi ed infiltranti gl'interstizi del tessuto in preda a rammollimento. Le istesse manovre per mettere in luce collo speculum la cervice tomentosa di un utero gravido, per praticarne la

---

(1) Acconci. « Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante e partoriente. » *Giorn. della R. Accad. di Medic. di Torino*, 1890, n. 7.

disinfezione, possono alterare le condizioni di circolazione locale sanguigna, provocare il distacco di leucociti aderenti alle pareti vasali, impedire la coalescenza di altri alla medesima, e per tal modo dare origine ad aumento di leucociti nel sangue stesso, che si vuole sottoporre all'esame. Ciò darebbe ragione del fatto che fu maggiore nelle mie esperienze il numero dei casi in cui prevalse il numero di leucociti nel sangue uterino, mentre l'opposto risultato venne ottenuto da Mochnatscheff. Il ripetuto strofinio della cervice con battuffoli imbevuti di soluzioni antisettiche e topicamente un po'irritanti può avere infatti nei miei casi fugacemente attivata, come per opera di massaggio, la circolazione locale, può avere provocato distacco di leucociti aderenti e così ingenerato nel sangue, che si faceva uscire da tale organo, un temporario aumento di tali elementi. La maggiore nostra insistenza nell'uso di tali cautele antisettiche in caso di donne partorienti e la influenza delle contrazioni uterine nel senso che venne da noi spiegato, possono pure dar ragione della maggiore costanza ed intensità dell'aumento dei leucociti nel sangue fatto uscire dall'orificio uterino dalle donne in soprapparto.

Porrò termine a queste già lunghe considerazioni coll'accennare alla importanza, che pure può avere questo ristagno, questo accumulo nel circolo uterino di cellule bianche nel favorire quegli stessi fenomeni di cui abbiamo già tenuto parola, la possibile trasformazione cioè di leucociti in cellule deciduali, e la migrazione di tali elementi attraverso la trama placentare. Certamente i risultati di queste mie osservazioni non possono contribuire alla soluzione di tali discusse quistioni *se non in un modo tutt'affatto indiretto.* Ad ogni modo i fatti osservati non mi sembrano scevri d'importanza, tanto più quando si rifletta alle difficoltà notevoli che si devono superare per istituire osservazioni *dirette* nello studio di tali argomenti e più particolarmente di quello della migrazione dei leucociti attraverso la placenta.

L'oscurità, che avvolge tutt'ora questo genere di argomenti, le incertezze, che si incontrano nello studio dei medesimi, mi impongono la massima sobrietà nel tracciare le conclusioni del presente mio lavoro. Mi limiterò pertanto alle seguenti due affermazioni:

1.ª Nelle gravide, in seguito a contrazioni uterine, siano desse intempestive oppure insorgano ad epoca normale, aumenta nel sangue refluo uterino la proporzione numerica dei leucociti.

2.ª Il meccanismo di tale rapido e notevole aumento non trova

sufficiente spiegazione nella ipotesi Mochnatscheff-Tarchanoff, non è cioè unicamente rappresentato dall'ingresso nel lume dei vasi sanguigni di cellule bianche dagli interstizii del tessuto adenoide dell'endometrio.

La prontezza e la intensità del fenomeno inducono piuttosto ad ammettere l'intervento di un altro più semplice e più esteso fattore. In base ai fatti ben noti in fisiologia — che i leucociti tendono ad aderire alle pareti vasali, massime dei capillari — che il numero di tali elementi aderenti differisce assai da un organo all'altro — che la proporzione dei leucociti sulle emazie viene aumentata per tuttociò che serve a distaccare i primi dalle pareti interne, vasali, a cui aderiscono, e farli entrare in circolazione — si può ragionevolmente supporre che la contrazione uterina provochi un tumultuario distacco di leucociti, la cui adesione alle pareti dei vasi uterini era prima favorita da uno speciale complesso di circostanze anatomo-fisiologiche locali e sopratutto dalla difficoltà considerevole, onde circola il sangue nella rete vasale dell'utero gestante, e che si fa maggiore col progredire della gravidanza.

Novara, 25 Agosto 1891.

CASUISTICA DI LAPAROTOMIE

NOTA

DEL

Prof. GUGLIELMO ROMITI

Chirurgo Primario nei RR. Spedali di Pisa.

Come fu per gli anni passati, farò che anche di questo venga pubblicato in modo riassuntivo l'attività operatoria nella mia Sezione Ginecologica nei RR. Spedali di Pisa; a ciò darà opera uno dei miei Assistenti. Di alcuni casi però, relativi a laparotomie che per qualche ragione si scostano un po' dal consueto, intendo riferire brevemente, parendomi fatti praticamente istruttivi.

I. *Voluminoso sarcoma dell'ovaio destro. Asportazione. Guarigione.*

C. C. di Monterotondo, coniugata, di anni 48, attendente a casa, entra nella Sezione il 14 luglio 1891.

Nulla di particolare nella anamnesi remota, nemmeno di ereditario. Mestruata a 16 anni, lo fu sempre regolarmente ma scarsamente: 6 gravidanze e relativi parti e puerperi felici: 6 o 7 anni fa ebbe un reumatismo articolare e nessuna altra malattia. Ora è malata da 3 anni; si accorse per caso della esistenza di un tumore grosso come un limone, mobile, resistente, situato nella fossa iliaca destra; lentamente è andato crescendo, tanto da occupare tutta la metà inferiore dell'addome. Cominciò a dare fenomeni di compressione, prima sulla vescica, poi sul diaframma: comparvero doloretti vaganti per il peritoneo e lentamente ascite libera, da ultimo la compressione sulla vena iliaca di destra portò edema nell'arto corrispondente: dimagramento progressivo e grande riluttanza al nutrimento: la debolezza e la prostrazione tanto aumentano, che la malata da 4 mesi è obbligata a stare quasi continuamente in letto: una diarrea insistente ne aggrava anche le condizioni: nel viaggio per recarsi allo Spedale incominciò una perdita sanguigna dai genitali, che durò sempre sin all'epoca della operazione.

All'esame si trovò un tumore solido, abbastanza mobile nel ventre, e del volume d'un utero gravido tra i 6 e i 7 mesi: discreta ascite libera.

Con adatti esami si conchiude come diagnosi più probabile quella di tumore dell'ovaia destra: l'utero appare un po' ingrossato, ma non soverchiamente collegato col tumore: persiste la leggiera ma continua metrorragia. Le condizioni generali della donna sono pessime per la grande debolezza, ma non esistono speciali condizioni morbose nei visceri principali. Credo perciò non vi possa essere controindicazione alla operazione necessaria per liberarla dal tumore addominale: solamente si cerca per qualche giorno migliorare più che è possibile le condizioni generali con adatto regime, e moderare la perdita sanguigna con ergotina ed iniezioni vaginali calde.

Operazione il 28 luglio. Solite precauzioni antisettiche. Cloroformizzazione con apparecchio di Junker, previa iniezione di morfina.

Ampia incisione sulla linea alba fatta rapidamente a mano libera, e provvisoria fissazione dei labbri della ferita; era abbondante il liquido ascitico. Il grosso tumore solido è fissato per varie aderenze: alcune dell'omento e dello intestino sono peduncolizzate con ago di Dechamps, legate con seta ed incise. La tuba distesa come una fascia, attraversa anteriormente il tumore da destra a sinistra e dall'alto al basso, ed è tanto grossa che dapprima simula un'ansa intestinale. Il suo estremo libero è molto a sinistra ed aderisce fortemente alle pareti corrispondenti del bacino; nei maneggi per isolarlo e peduncolizzarlo si ferisce l'arteria ovarica che vien tosto legata, ed allora, staccato ancora l'estremo della tuba, è isolato il tumore. Il peduncolo di questo è formato dall'inserzione sua al tumore, tanto che è proprio interstiziale: viene stretto con grosso cordoncino di seta, convenientemente asettico, ed esciso. Durante la escisione, il taglio cade nella sostanza del tumore, che è assai rammollito, un po' di esso va sul peritoneo che viene subito abbondantemente lavato con soluzione borica ed acqua sterilizzata. Il piccolo moncone vien esciso più che è possibile, vi si legano i vasi che vi appaiono beanti, e si passa sopra leggermente la lama del Paquelin. L'utero è aumentato del doppio del suo volume. Gli annessi di sinistra sono sani. Sutura delle pareti addominali a tre strati; per il peritoneo si adopera catgut, per il resto seta; la ferita è cosparsa di iodoformio, e si fa la solita medicatura con velo e cotone al sublimato e altro sterilizzato e fascia di flanella.

L'operazione durò meno di un'ora, e la cloroformizzazione procedette regolarmente. Il tumore risultò essere un fibro-sarcoma fusi cellulare, con estesa degenerazione grassa.

Ecco le cose più notevoli del diario:

28. 7. 91. — Laparotomia alle 11 antimeridiane.

Ore 3	pom.	Temp.	38. 1.					
» 5	»	»	38. 5	—	Puls.	104	—	Resp. 28.
» 7	»	»	37. 7	—	»	100	—	» 22.
» 9	»	»	37. 1	—	»	100	—	» 20.

Nella giornata l'ammalata è stata un poco abbattuta. Si è somministrato varie volte dell'ossigeno e si è fatta qualche iniezione eccitante. La perdita sanguigna dai genitali ha seguitato ma in quantità molto minore dei giorni passati.

Sul principio della notte è molto agitata, ha del vomito; si fa una iniezione di mezza cannula di morfina e dopo questa si ha una calma quasi perfetta per tutta la notte.

29. 7. 91. —	Ore	5 1[2	ant.	Temp.	38. 3	—	Puls. 92	—	Resp. 36
	»	9	»	»	38. 3	—	» 76	—	» 26
	»	11	»	»	38	—	» 73	—	» 32
	»	1	pom.	»	38. 4	—	» 96	—	» 30
	»	4	»	»	38. 4	—	» 92	—	» 28
	»	6	»	»	38	—	» 120	—	» 25
	»	8	»	»	37. 5	—	» 100	—	» 26
	»	12	»	»	37. 4	—	» 100	—	» 22

Nel giorno si è fatta una iniezione di ergotina. Alle 12 pom. non potendo l'ammalata riposare si iniettano 2[3 di cannula di morfina, dopo la quale l'ammalata ha riposato tranquillamente. Nella giornata la malata ha cominciato a nutrirsi, ha emesso dell'aria dalla bocca.

30. 7. 91. — Niente di nuovo. La temperatura oscilla fra 37. 5 e 37. 8; le pulsaz. fra 80 e 100; la respirazione fra 20 e 24. Alle 12 meridiane le si dà un clistere dopo il quale defeca molto. Verso la notte si fa la solita iniezione di morfina perchè stia tranquilla.

31. 7. 91. — La malata è molto sollevata. Temp. oscilla fra 36. 4 e 37. 8. La malata si nutrisce assai, senza inconvenienti. La perdita sanguigna dai genitali è completamente cessata. Nei giorni seguenti le condizioni si fanno sempre migliori, tutte le funzioni sono regolarissime, la temperatura normale. Al 10.° giorno dall'operazione si sfascia, la ferita è perfettamente cicatrizzata; si tolgono tutti i punti, e si fa una nuova fasciatura, ma solo per precauzione. Al dodicesimo giorno dall'operazione la malata comincia ad alzarsi per qualche ora; va rimettendosi rapidamente con la buona nutrizione, ed esce dallo Spedale in ottime condizioni.

II. *Vasta pielo-nefrosi a destra, simulante un cisto-adenoma ovarico. — Nefrectomia per la linea alba. — Morte per esaurimento.*

G. G., di anni 45, coniugata, di Lari, entra come pagante il dì 1 luglio. Gentilizio negativo. Tolte le malattie dell'infanzia, la paziente è stata sempre sana; mestruata a 17 anni è stàta sempre bene regolata; ha avuto 9 gravidanze tutte normali; l'ultima terminò due anni fa e da allora in poi l'ammalata non è stata più mestruata. I disturbi della

presente malattia cominciarono circa sei mesi fa, con bisogno frequente di orinare, debolezza e ingorgo delle vene emorroidarie; dopo tre mesi essendo comparso un dolore al quadrante inferiore destro dell'addome interpellò il medico; questi sul principio essendo nel concetto di una tiflite ordinò applicazioni calde e purganti; l'ammalata guarì e stette bene per un mese. Ricomparsi i disturbi ricorse ad altro medico, il quale le disse trattarsi di un tumore dell'ovaio destro e le consigliò la operazione: ciò avvenne circa un mese dalla ammissione ed allora la malata poteva sentire anche da sè stessa il tumore, che secondo quello che afferma non era più grosso di un arancio; l'orina cominciò intanto a divenire torbida, e questo fatto è andato sempre più accentuandosi finchè al presente vi si nota un abbondante deposito purulento; tolto un leggiero bruciore nell'emissione dell'orina e i disturbi delle emorroidi, la malata non accusa alcun disturbo subiettivo; in questo tempo è però molto deperita: va spesso soggetta a diarrea. Vista con vari colleghi dello Spedale vien fatta diagnosi di cisto-adenoma dell'ovaia destra con cistite purulenta.

Prima dell'operazione si fanno per molti giorni lavande vescicali al sublimato, ma l'aspetto dell'orina non migliora affatto, ed anzi si nota che anche l'orina emessa subito dopo la lavanda ha lo stesso brutto aspetto di quella emessa prima.

Operazione il 28 luglio. Solita precauzione e stessa assistenza e narcosi della laparotomia precedente. Incisa rapidamente la linea alba ed aperto il peritoneo, fissate provvisoriamente le labbra della incisione, si nota subito che il tumore è dietro la massa intestinale, sotto il peritoneo della regione lombare destra. Vedo allora che si tratta di tumore renale, e reputo conveniente estirparlo: i colleghi sono dello stesso avviso. Allora inciso il peritoneo all'esterno del tumore, legati i pochi vasi che davan sangue, svello ed isolo delicatamente con le dita il vasto tumore o sacco che è quanto una testa di adulto. A un certo punto la sacca si lacera, ma per la valente vigilanza di chi assiste, del pus fetido e sanioso che esce va pochissima o punta quantità nel peritoneo: ampie irrigazioni boriche. Isolando sempre il tumore, si arriva ad un peduncolo, fatto dall'ilo del rene, e vi sono due grosse arterie renali. Per la profondità del peduncolo non si può fare che una legatura in massa, fatta con forte cordoncino di buona seta: per maggiore precauzione se ne pone un secondo sotto il primo; indi il tumore viene esciso, ci si persuade che le legature tengono, ed il peduncolo è abbandonato.

Il peritoneo viene disteso e riapplicato convenientemente, fissandolo con qualche punto. Pulitura del cavo peritoneale e sutura delle pareti con sutura unica comprendente il peritoneo. Solita medicatura. La malata perdette pochissimo sangue; ma vi furono spesse minaccie di sincope, tanto che ebbe spesso iniezioni sottocutanee di etere e olio di

vaselina canforato. Dopo la operazione, pur mantenendosi abbattuta, si riebbe completamente.

Il tumore è una vasta sacca renale con sepimenti, piena di pus e con vari calcoli contenuti in essa: il maggiore di questi è tanto voluminoso che occupa buona parte della pelvi renale, e manda dei prolungamenti nei bacinetti.

28. 7. 91. — Ore 3 pom. Temp. 38. 2.
" 5 " " 37. 6 — Resp. 40 — Puls. 96.
" 7 " " 36. 6 — " 39 — " 96.
" 9 " " 36. 8 — " 40 — " 80.
" 11 " " 37. 2 — " 32 — " 92.

Durante la giornata si fanno spesso iniezioni eccitanti e si fanno respirare parecchi litri di ossigeno. — Poco dopo l'operazione l'ammalata emette un poco di orina purulenta; ma in seguito l'orina si fa limpida.

29. 7. 91. — Nella notte è stata un poco agitata, lamentandosi spesso di oppressione di respiro; per questa e per le condizioni del polso si fanno spesso iniezioni eccitanti e si somministra dell'ossigeno.

Ore 5 1[2 ant. Temp. 37. 5 — Puls. 120 — Resp. 32.

Alle 6 ant. si fa un'iniezione di olio di vaselina canforato.

Alle 6 1[2 va di corpo spontaneamente — feci liquide — si pratica una iniezione di caffeina per le condizioni del polso.

Alle 7 prende circa 200 grammi di caffè forte.

Ore 9 ant. Temp. 36. 7 — Puls. 80 — Resp. 30.
" 11 " " 36. 8 — " 90 — " 32.
" 1 pom. " 36. 6 — " 90 — " 30.

Durante la giornata va di corpo 8 volte — le condizioni generali si fanno sempre più minaccianti — si praticano parecchie iniezioni di etere, canfora, caffeina, ma inutilmente e alle 5. 40 l'ammalata muore.

L'autopsia non può praticarsi.

III. *Voluminosa cisti da echinococco nel grande omento. — Estirpazione parziale. — Fissazione alla ferita addominale. — Guarigione.*

G. L., di 40 anni, vedova, di Pisa, attendente a casa.

Nulla di ereditario. Mestruata a 13 anni, è stata sempre ben regolata. Ha partorito regolarmente una volta, ed ebbe poi un aborto. Non ha mai avuto alcuna malattia. La presente data da circa 4 anni: essendo allora la malata affetta da un catarro gastro-intestinale acuto, il suo medico palpandole l'addome vi notò la presenza di un tumore grosso circa come una testa di feto situato verso il mezzo della parte sinistra dell'addome, di cui la paziente non si era mai accorta, non avendo mai avuto alcun disturbo. Da quel tempo il tumore è andato crescendo sempre

e specialmente nell'ultimo anno, senza però dare mai disturbi; solo in questi ultimi 15 giorni è comparso un dolore nel fianco sinistro che la molesta continuamente.

Alla ammissione si riscontrò una enorme intumescenza del ventre, un po' più di una gravidanza a termine: vi è distinta ed estesa fluttuazione, tanto che per questo e gli altri noti segni, da quanti videro la malata, fu fatta diagnosi di cistoma ovarico uniloculare e probabilmente del paraovario. Negativo l'esame di tutti gli altri visceri, nessuna controindicazione alla operazione, che pratico nella stessa condizione delle altre il 31 luglio.

Aperto l'addome, apparisce il tumore che non è libero, ma è rivestito da una membrana scorrevole su di esso, e fissato all'intorno da apparenti pseudo membrane: si crede avere a fare con un cistoma contornato da valide aderenze. Punto il tumore con trequarti di Köberlé; esce liquido chiaro, limpido, e pare più fondata la diagnosi di cisti del paraovario, che appunto in esso il liquido ha tali caratteri. Vuotata per buona parte la sacca, e chiusa l'apertura con pinzettoni a punto fisso, cerco liberare il tumore stesso dalle aderenze, peduncolizzandole con l'ago di Dechamps. Parendomi singolari le aderenze, cerco l'utero, trovo che è sano e le appendici uterine dei due lati sono pure sane. Allora capii subito trattarsi di cisti da echinococco del grande omento, e così avevo ragione delle situazioni e dei rapporti del tumore. Non era caso di estirpazione completa: apersi ampiamente la cisti e vidi la membrana caratteristica delle cisti da echinococco, membrana che uscì intera: lavai abbondantemente la cisti, prima con sublimato al 1 per 4000 circa, e poi con acqua sterilizzata, e mi prefissi fissare la cisti alla parete del ventre, recidendone la massima parte. Suturai a strati l'incisione addominale al di sopra ed al disotto del tumore fuori uscente dal taglio, e cominciai a suturare con catgut il peritoneo parietale con quello della cisti, tutto all'intorno, con sutura continua assai fitta: la cisti veniva ripiegata come borsa da tabacco, tanto che non occupava gran spazio quella parte di essa che sarebbe stato il peduncolo. Escisa più sacca che fu possibile, i labbri di essa vennero uniti con seta alle pareti addominali con un doppio strato di sutura, più profondo il primo, più superficiale il secondo: si fu persuasi che, per la sutura, era chiara la comunicazione tra il cavo peritoneale, il cavo cistico e l'esterno. Il resto della cavità fu tamponato con velo all'iodoformio e fatta la solita medicatura.

L'operazione fu piuttosto lunga, due ore, ma il tempo maggiore fu quello impiegato per le numerose suture.

31. 7. 91. — Durante l'operazione bisogna sospendere la cloroformizzazione per le condizioni del polso e del respiro, e sostenere la malata con ossigeno e iniezioni eccitanti, le quali si seguitano per tutta la giornata per l'abbattimento della malata.

Ore 5 pom. Temp. 37. 3 — Pulsaz. 82 — Resp. 24
„ 7 „ „ 36. 7
„ 10 „ „ 36. 5 — „ 100 — „ 28.

1. 8. 91. — Nella notte passata la malata è stata un poco inquieta ma non vi è stato niente di notevole.

Ore 2 ant. Temp. 36
„ 4 „ „ 36. 8
„ 6 „ „ 36. 4
„ 2 pom. „ 36. 6
„ 2 „ „ 36. 4 — Puls. 94 — Resp. 20
„ 8 „ „ 36. 5
„ 10 „ „ 36. 4 — „ 108 — „ 40.

Durante la giornata si è fatta qualche iniezione eccitante. La malata ha vomitato molto. Alla sera continuando il vomito e la malata essendo un po' agitata si pratica una iniezione di morfina; dopo questa la malata si fa quieta e può ingerire ad intervalli nella notte una quantità di brodo e di vino senza vomitare.

2. 8. 91. — La temperatura si mantiene al mattino fra il 36. 4 e il 36. 6. Nelle ore pom. sale fino a 37. 4, le pulsazioni a 100 e le respirazioni a 22, ricompare il vomito, per cui alla sera bisogna ripetere l'iniezione di morfina e così la malata sta tranquilla tutta la notte e si nutrisce senza vomitare. Durante la notte emette un poco di aria dall'intestino.

3. 8. 91. — La temperatura si mantiene al mattino al disotto di 37, per passarlo però nelle ore pomeridiane. Va di corpo spontaneamente e in quantità assai abbondante. Niente altro di nuovo. È cessato completamente il vomito e la malata si nutrisce assai bene.

4. 8. 91. — Si fa la prima medicatura; si toglie il tamponamento dalla cavità, che ha poco gemuto, si lava convenientemente e si sostituisce il velo con due grossi tubi a drenaggio. Condizioni generali ottime, temperatura 37, polso 80 e ben sostenuto.

Nei giorni successivi le condizioni sono sempre buone; ogni 2 o 3 giorni si cambia la medicatura e gradatamente si tolgono i punti; la sacca va sempre riducendosi; dei tubi se ne toglie prima uno, poi l'altro. La malata esce dallo spedale perfettamente guarita.

Poche e solamente pratiche considerazioni sopra questi casi importantissimi sotto ogni rapporto, e che contribuiscono ad incoraggiare sempre più e mantenere ampio il terreno per la laparotomia. Mostrano inoltre questi casi come sia necessario in qualsiasi laparotomia, anche in quelle che si sarebbero credute le più facili, esser pronti e preparati per aggredire qualunque imprevista condizione morbosa. Infine casi consimili

istruiscono ad andare in fondo e completare più che è possibile la cura operatoria, riducendo sempre più il numero delle laparotomie esplorative.

Errore nella diagnosi fu in due dei casi ricordati. È inutile ricordi come stia scritto in tutti i Trattati di Ginecologia ed in quelli di Chirurgia come i tumori renali in specie abbiano quasi sempre dato occasione ad errore, e come questi e gli echinococchi della cavità addominale in donna adulta o innanzi con gli anni sieno stati solamente riconosciuti dopo l'apertura delle pareti del ventre (1). Inoltre gli stessi grandi laparotomisti (ed a quest'ora ne ho visti molti) difficilmente formulano la diagnosi, specie nei casi dubbi, prima della apertura del ventre. Dal punto di vista esclusivamente pratico, la non esattezza della diagnosi ha non eccessiva importanza, in quanto che, data la necessità di condurre a fine l'operazione, questa avviene nello stesso modo aprendo l'addome. Certo la diagnosi si sarebbe potuta cerzionare, fatta la puntura esplorativa; ma io sono, tra i ginecologi, con coloro che nelle adulte alla puntura preferiscono l'incisione esploratrice, che non è altro che la prima parte della operazione che devesi eseguire.

Piuttosto, riguardo alla sacca morbosa renale, stabilita meglio la diagnosi, potrebbe discutersi se fosse stata cosa più ragionevole aprire la parete addominale lateralmente od in dietro e fissare là la sacca stessa aprendola, vuotandola e lavandola convenientemente. In casi consimili non ancora è assodata la sperienza degli operatori, e non devesi dimenticare che nella maggior parte dei casi pubblicati si è sempre scoperta dopo la incisione della linea alba, e sarebbe da discutere se convenisse ricucire la primitiva incisione, e farne un'altra ai lati.

Importante può essere il caso, oggetto della prima osservazione, per la rarità sua. Il sarcoma dell'ovaio, specie unilaterale, è raro assai, e sta al tumore cistico come 1 : 100 (*Schröder*).

---

(1) V. tra gli altri: Pozzi. « Traité de Gynécologie. » Paris 1890, pag. 750-51. Nelle bambine e nelle giovinette è meno facile l'errore, perchè, pensando meno ad affezione dei genitali, si cercano più specialmente gli echinococchi, ed allora la puntura capillare è più giustificata. Io ho due bei casi di cisti da echinococco del fegato operato felicemente in bambine; in uno specialmente operato con me dal dottor Rocca di Livorno, riescì bellamente e felicemente la laparotomia, colla quale fu estratta intera la sacca. In quest'anno poi, il mio collega prof. Landi, in una giovinetta operò colla laparotomia e fissazione del sacco, una cisti da echinococco dell'addome, diagnosticata colla puntura esplorativa: il caso fu importantissimo.

BIBLIOGRAFIA

Hygiène de la grossesse, conseils aux femmes enceintes, par le docteur Adolphe Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, chef de service des maladies des femmes et accouchements à la Policlinique de Paris. — Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris. — Un vol. in-16 di 340 pag., con 30 figure (*Biblioth. médic. variée*), L. 3,50.

La gravidanza imprime all'organismo della donna delle modificazioni profonde. Fra queste alcune sono puramente fisiologiche, mentre altre entrano nel dominio della patologia, donde la divisione adottata da Olivier nel suo lavoro. Nella prima parte tratta infatti dell'igiene della gravidanza esente da ogni complicazione (Igiene dell'abitazione — Regime alimentare — Esercizii e viaggi — Relazioni coniugali — Vesti — Bagni — Idroterapia e iniezioni — Cure da darsi al seno). Nella seconda passa in rassegna i diversi fenomeni patologici che possono presentarsi e ne indica il trattamento (disordini degli apparecchi digerente, respiratorio, circolatorio, urinario; infiammazione degli organi genitali, disordini nervosi, malattie della pelle, ipertrofia mammaria, ascessi del seno, dolori addominali, uterini e articolari, emorragie, aborto).

Questo libro si rivolge alle donne incinte, loro indica le precauzioni che devono prendere per conservare la loro salute e porge loro, nei casi in cui si manifestino disturbi o insorgano accidenti, quelle istruzioni che permettono loro di rimediarvi.

Il libro di Olivier sarà pure utilissimo al medico pratico per guidarlo nei consigli che ben di spesso gli vengono chiesti.

Tecnique de l'accouchement prématuré, par le doct. E. Grinda, ancien moniteur à la Clinique d'obstétr. de la Faculté de Paris. — Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris. — Un vol. in-8 di 129 pag., L. 3,50.

L'autore passa in rassegna e discute i diversi metodi per la provocazione del parto, che divide in tre categorie, seguendo il Bonnaire, a seconda della natura dell'agente, puramente meccanico, fisiologico, fisiologico-meccanico, fermandosi poi in modo speciale sullo studio della provocazione del parto mediante il dilatatore a branche di Tarnier che, coadiuvato dal palloncino Tarnier e dal pallone Champetier, rende in certo qual modo l'ostetrico padrone dell'andamento del travaglio. Il lavoro termina colla esposizione dettagliata di nove osservazioni, nelle quali fece ottima prova il metodo accennato.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Anno XIII. Dicembre 1891. Num. 12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Contribuzione alla patologia della placenta (1)

PEL

Dott. FELICE MEOLA

Direttore della Casa di Maternità dell'Annunziata di Napoli,
Professore Pareggiato di Ostetricia e di Ginecologia nella R. Università di Napoli.

Le conoscenze intorno alla struttura della placenta umana, come di quella di tutti i mammiferi, fino a pochi anni or sono erano ancora delle più incomplete e discutibili. Oggi è vero che molti problemi al riguardo pure aspettano la loro soluzione, ma sono piuttosto questioni di genesi, di rapporto, di funzione e di trasformazione dei singoli elementi anzichè di struttura; sono più questioni di biologia e di fisiologia, che veramente d'istologia.

E noi siamo lieti di ripetere con orgoglio come l'Italia nelle ricerche e negli acquisti fatti al proposito abbia largamente contribuito. I lavori omai classici dell'Ercolani e quelli del De Martini, del Romiti, del Tafani, nonchè i più o meno recenti del Colucci, del Pedicini, del Paladino, del Luzi, del Finzi, del Curatulo, del Chiarugi, del Lombardini, del Clivio, hanno certamente diradati molti dubbii, e data la spiegazione a molti fatti, e molti altri sottoposti allo studio ed alla discussione.

Che se prima non siasi riuscito è da addebitare in buona parte ai metodi d'osservazione meno perfetti ed alle grandi difficoltà di preparazione e di ricerca che la placenta richiede. Di fatti oggi così la porzione fetale come quella materna della placenta, per la migliore nozione

(1) Memoria letta alla Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nella tornata del 2 agosto 1891.

che se n'è acquistata, non presentano più un' interpretazione tanto difficile, nè ci si mostrano di struttura così complicata.

Naturalmente se oscure ed incomplete erano le conoscenze intorno alla struttura normale della placenta, anche meno note e non bene definite dovevano restarne le alterazioni. Il perchè non trovasi ancora fissato un limite netto tra le condizioni normali e quelle patologiche, tra le modificazioni cioè che si avverano nell' organo con l'avanzarsi della gravidanza e quelle che tengono a processi morbosi dipendenti dalla madre o dal figlio; e lesioni non rare ad incontrare, o per lo meno riscontrabili in condizioni diverse, sono state spesso rapportate alla sifilide, come quella che induce lesioni macroscopiche più apparenti e conseguenze meglio apprezzabili, onde più di frequente ne ha spinti a qualche ricerca microscopica.

In condizioni siffatte ci è sembrato non dispregevole richiamare l'attenzione di questa illustre Accademia intorno alle lesioni da noi riscontrate in talune placente e che, per quanto è a nostra conoscenza, non sono state tutte ancora analogamente descritte ed interpretate. Tanto più che nei casi in esame è da escludere la sifilide, per quanto abbiamo potuto assicurarci, esaminando così entrambi i genitori, come i loro prodotti.

Riassumeremo poche storie cliniche:

Osservaz. 1.ª (Maternità dell'Annunziata, S. I, N. 3, anno 1888). — Il 26 novembre 1888, pochi giorni dopo la sua apertura, ricoverava nella nostra clinica all'Annunziata certa Carmela Capodanno da Napoli, di anni 28, I para e di condizione stiratrice.

Ella bambina aveva sofferto l'eclampsia di cui trovavasi una traccia nella mediocre atrofia e debolezza dell'arto pelvico sinistro, indi talune delle malattie comuni ma senza importanza; presentava solo al collo qualche cicatrice consecutiva a suppurazioni glandolari. Era stata mestruata a 14 anni ed indi sempre regolarmente in seguito per 3-4 giorni fino alla gravidanza in corso. Nulla d'anormale nello scheletro, la costituzione è mediocre, la nutrizione piuttosto scaduta; niente del pari di speciale nel corso della gravidanza e lo sviluppo dell'utero: durante la permanenza in sala ha frequenti disturbi intestinali.

All' esame fattone il 28 novembre si diagnostica trovarsi la gestazione al principio della seconda quindicina del nono mese, presentazione del vertice in prima posizione. Si rileva però, come risulta dalla tabella clinica, la grande debolezza dei battiti cardiaci fetali.

Alle ore 2 antim. il 16 dicembre s'inizia il travaglio del parto con contrazioni non molto energiche ed alle 9 antim. quando l'osservammo le contrazioni non erano molto forti, l'orifizio dilatato a circa 3 centim.; il sacco integro e sporgente, i battiti fetali rilevabili ma debolissimi; prescrivemmo qualche cordiale e decidemmo di aspettare. Verso le 11 ant. la dilatazione era completa ma il sacco non rotto faceva sporgenza in vagina, onde ne praticammo la rottura e circa mezz'ora dopo si verificava l'espulsione della testa in occipite-anteriore, seguita subito da quella del tronco. Con grande nostra meraviglia però vedemmo una bambina asfittica da non potersi in nessun modo rianimare.

Ebbene, il bacino era normale, il cordone non presentava nè circolari nè nodi, compressione della testa ve n'era stata anche meno dell'ordinario e su di essa appena erano accennate le modificazioni plastiche e mancava la stessa bozza siero-sanguigna; le contrazioni non erano state molto energiche nè per nessun verso irregolari, il travaglio del parto insomma dei più felici e di sole 9 1[2 ore di durata. Che cosa mai poteva spiegare la morte del feto nel soprapparto?

Il secondamento nella donna in parola dovette operarsi artificialmente, giacchè la placenta in parte sola erasi scollata mentre in parte restava aderente in alto alla parete anteriore dell'utero, dove trovavasi inserita e dopo che tutti gli altri mezzi (frizioni, espressione, pressioni dall'esterno e trazioni sul cordone ecc.) si erano sperimentati inutilmente, mentre v'era discreta perdita di sangue.

Due cotiledoni placentari restavano ancora aderenti dopo aver estratto tutto il resto e davano al tatto la sensazione come di pietra. Noi cacciammo fuori tutto quanto potemmo ed indi sul letto stesso da travaglio praticammo il raschiamento della sede d'impianto della placenta con l'apparecchio del Freünd. L'operazione ci riuscì agevole, la perdita di sangue inferiore a quanto ci aspettavamo, la sensazione del tessuto muscolare, dopo asportato gli strati profondi della decidua molto chiara e con la stessa cannula-cucchiaio praticammo una larghissima irrigazione endo-uterina con la solita soluzione di sublimato 0, 2[3 0[00. Nel puerperio non si ebbe neanche una sola elevazione termica superiore a 37, 2; la donna il 24 dicembre, otto giorni dopo, di sua volontà ed in buone condizioni usciva dalla Maternità.

Esame del feto. — Bambina discretamente sviluppata, dall'aspetto abbastanza anemico, pochissimo accentuate le modificazioni plastiche della testa.

Peso	grammi	3230
Lunghezza totale	centim.	49
Piccola lunghezza	»	30
Diametro massimo	»	13. 5

Occipito-mentoniero	centim.	12. 8
Occipito-frontale	»	11
Sottoccipito-bregmatico	»	9
Bi-parietale	»	9
Bi-temporale	»	8
Bi-mastoideo	»	7
Mento-frontale	»	8
Mento-bregmatico	»	10
Laringo-bregmatico	»	10
Bi-acromiale	»	11. 7
Sterno-dorsale	»	9
Bi-trocanterico	»	9
Sacro-pubico	»	6

All' autopsia nel cervello trovasi poco sangue e nessuno stravaso; il polmone è anemico e non contiene aria, le cavità cardiache sono vuote; tutti gli organi in condizioni normali e piuttosto con l'impronta dell'anemia. In nessuna parte, comprese le glandole, si riscontra una qualunque alterazione da potersi rapportare alla sifilide. Lo stato dunque degli organi del feto non spiega la cagione della morte durante il travaglio del parto.

Placenta. — La placenta di forma quasi ovalare pesa 625 gm. e misura 21 per 16 centim. di diametro, e circa 3 centim. di spessezza nel centro. Vi mancano due cotiledoni estratti dopo artificialmente, oltre a moltissimi altri piccoli pezzi asportati col raschiamento. Il colorito dell'organo non è uniforme, rosso-fosco in qualche punto, più chiaro in qualche altro e con dei noduli bianco-giallastri più o meno grossi, da un pisello ad una fava, sparsi in varii punti e visibili chiaramente così in corrispondenza della faccia uterina, come in sotto del rivestimento amniotico. La consistenza è molto più dura dell'ordinario ed in corrispondenza di quei noduli qualche volta proprio lapidea; ad onta però dell'aumentata consistenza il tessuto placentare è facilmente lacerabile, anche con una mediocre pressione. Il cordone non presenta macroscopicamente nulla di anormale. Quali siano state le lesioni rinvenute all'esame microscopico della placenta in esame e quale il loro valore vedremo in ultimo.

Osservaz. 2.ª — La signora C.... S...., di Napoli, appartenente a famiglia agiata e rispettabile, dell'età di poco più che 40 anni, tipo di bontà e di buona salute, ha portato a termine undici gravidanze e tiene undici figli tutti vegeti e robusti; ha avuti ad intervalli due o tre aborti. Basta guardare la famiglia, genitori e figli, per conchiudere subito come non possa neanche pensarsi alla sifilide.

L'ultima gravidanza arrivò fino al suo termine senza notevoli fastidii, però dopo due o tre giorni da che la signora era, come si dice, uscita dei conti, avvertì un intenso brivido di freddo, seguìto da un senso di malessere per qualche giorno, indi dalla cessazione di qualunque movimento attivo del feto, e dall'associamento e sensazione di peso nel ventre.

Passarono così ancora quattro o cinque giorni, quando la signora fu veduta dal chiar. prof. d'Antona, intimo amico di famiglia, il quale, sapute le cose innanzi cennate, ebbe il primo il sospetto dell'avvenuta morte del feto e più per dare un conforto alla signora grandemente preoccupata che per altro, consigliò di chiamarci in consulto assieme al chiaro prof. Novi.

Fu verso la fine del gennaio ultimo che ci riunimmo in consulto assieme col dott. Lordi venuto da parte del prof. d'Antona assente da Napoli e noi, dopo un esame minuto dell'assieme dei segni riferiti, ci persuademmo della morte del feto già accaduta da diversi giorni. Quantunque poi fossimo stati persuasi del nessun pericolo per la madre per la già avvenuta morte del feto e della parte affatto passiva da esso spiegata nella meccanica del parto, quantunque nel passato anno il Tomassoni (1) avesse accennato a talune modificazioni del collo uterino in seguito della morte del feto e sua successiva ritenzione nell'utero, pure, più per appagare la fantasia della signora e per trovarci al termine della gravidanza, e perchè nessun danno poteva derivarne, proponemmo di eccitare le contrazioni con le doccie calde alla Kiwisch fatte con soluzione di sublimato 1 : 5000.

Il prof. Novi confermò la nostra diagnosi ed accettò l'uso delle doccie proposte, le quali vennero immantinenti praticate. Dopo tre solamente di esse le contrazioni si eccitarono e dopo un travaglio di 8 ore circa ebbe luogo l'espulsione di una bambina già morta da diversi giorni, come poteva rilevarsi dal sollevamento e macerazione della cute e da tutte le altre note esterne pur troppo determinate.

La signora ci disse essersi sgravata sempre di feti voluminosi e quello in parola era enorme, del peso di più che cinque chilogrammi e con nessuna anomalia esterna apparente. Per ragioni facilmente intelligibili non potemmo praticarne l'autopsia.

La placenta espulsa spontaneamente circa venti minuti dopo il feto era molto voluminosa, di forma quasi circolare, spessa nel mezzo circa 4 centim.

Il suo aspetto era analogo a quella precedentemente descritta, co-

---

(1) Tomassoni. « Condotta dell'ostetrico in caso di avvenuta morte del feto fuori del periodo di travaglio di parto. » Roma 1889.

lorito cioè dal rosso fosco al bianco grigiastro là dove si trovavano dei noduli; nell'assieme la sua consistenza era molle, meno in corrispondenza dei noduli cennati. Il cordone di lunghezza normale era rosso bruno ed alquanto più spesso per infiltramento edematoso. In seguito delle lesioni istologiche.

Osservaz. 3.ª — Il giorno 3 maggio 1889 fu ricoverata nella Maternità dell'Annunziata (S. II, N. 7, a. 1889) certa Rachele Sacramone, nubile, di anni 21, da Avellino, cameriera, in travaglio di parto, con orifizio dilatato a circa 2 centim., e membrane sporgenti.

Le notizie raccolte dalla levatrice e registrate nella relativa tabella clinica sono le seguenti: Fino all'età di 4 anni, come ha saputo dalla madre, ebbe continuo e più o meno grave il catarro intestinale, a 13 anni fu mestruata, indi regolarmente in seguito per 3-4 giorni. Nel 1885 ebbe un'altra gravidanza interrotta all'ottavo mese, nacque un feto vivo. Nel febbr. 1888 abortì al quarto mese. Ha sempre cacciato molto liquido amniotico ed ha sempre avuto puerperio febbrile. Assicura istantemente aver avuto rapporti sempre con lo stesso amante, un basso ufficiale che noi abbiamo conosciuto ed osservato per rilevare se avesse avuto o no la sifilide.

Cinque giorni prima di essere ricevuta nella nostra Casa di Maternità è sopraffatta da brivido di freddo e febbre che non l'ha più lasciata. La notte è cominciato a venir fuori il liquido amniotico e circa tre ore dopo i dolori. La gravidanza era arrivata quasi al termine dell'ottavo mese. Ad onta fosse già uscito del liquido amniotico, l'utero aveva la forma sferica quasi come una ciste ovarica, il suo sviluppo era assai considerevole, la donna non era grossa e la circonferenza addominale misurava supina 116 cent.; vi era discreto edema soprapubico e negli arti inferiori. Alle 9 ant. la donna fu ricevuta, e rotto artificialmente il sacco in vagina, uscirono circa 7 litri di liquido amniotico e indi una bambina morta e macerata.

Esame del feto. — Cute distaccata a lembi per incipiente macerazione, colorito come al solito rosso fosco, addome gonfio, ossa della testa molto spostabili ecc.

Peso	grammi	3800
Lunghezza totale	centim.	45
Diametro massimo	»	12
Occipito-mentoniero	»	11. 1[2
Occipito-frontale	»	10. 1[2
Sottoccipito bregmatico . . .	»	9
Bi-parietale	»	8

Bi-temporale	centim.	7. 1[4
Bi-mastoideo	»	7
Mento-frontale	»	8
Mento-bregmatico	»	9. 1[2
Bi-acromiale	»	11
Sterno-dorsale	»	8
Circonferenza addominale . .	»	54

Pungendo l'addome con un tre-quarti si ricava quasi un litro di liquido di colore rossastro, con reazione alcalina, che riscaldato dà notevole coagulo di albumina e contiene considerevole quantità di sangue.

Autopsia del feto. — Cervello: nessuna lesione speciale, leggiero grado di edema. — Polmoni: atelettasici con mediocre stasi ed imbibizione sierosa. — Cuore: flaccido, cavità slargate e vuote. — Fegato: ingrandito, molle, colorito rosso fosco più del normale. — Milza: più grossa e più molle. — Reni: alquanto ingranditi, capsule distaccabili, più duri. — Capsule soprarenali: normali.

Esame istologico. — Il cervello ed i polmoni nulla presentano di anormale come il cuore che nulla lascia rilevare nell'endocardio dei seni, dei ventricoli e delle valvole.

Fegato: si vede anche a piccolo ingrandimento la dilatazione della vena centrale dell'acino (vena intralobulare) con dilatazione della rete capillare corrispondente (stasi sanguigna), con notevole atrofia delle cellule epatiche, le quali in parte presentano il rigonfiamento torbido, in parte la degenerazione grassa.

Forte stasi biliare: discreta iperplasia connettivale.

Milza: notevole iperplasia del tessuto trabecolare con moltiplicazione degli elementi cellulari e notevole stasi sanguigna: frequenti zolle di pigmento giallastro (bilirubina).

Reni: in qualche punto degenerazione grassa dell'epitelio dei canalicoli uriniferi, in qualche altro le tuniche di questi si trovano collabite dopo il disfacimento dell'epitelio, forte iperplasia del connettivo interstiziale (metamorfosi fibrosa consecutiva a nefrite interstiziale).

Tale fu il risultato ottenuto dalle ricerche fatte dall'egregio dott. Petrone sui pezzi da noi forniti nel gabinetto dell'Annunziata.

Placenta. — La placenta è abbastanza grossa, di consistenza piuttosto molle, colorito sbiadito, con parecchi noduli più o meno grossi e bianco-giallastri. Pesa circa 700 gm. ed i suoi diametri sono 13-15 cent. Il cordone ombelicale è molto grasso, di colorito rosso scuro, notevolmente infiltrato di siero e distaccato dall'inserzione ombelicale.

Il caso esposto si presterebbe a molte considerazioni, giacchè la coesistenza dell'idrope fetale con quella amniotica non è frequente

(Martin, Franque, Schroeder, Robert, Vitanza), ma per non deviare ci proponiamo occuparcene in altro lavoro.

Osservaz. 4.ª — Nei primi giorni del marzo ultimo fummo chiamati una sera per una contadina in un fondo di Poggioreale, perchè non poteva sgravarsi.

Arrivati trovammo una donna di poco più di 40 anni, di buona costituzione e madre di 6 figli, tutti viventi ed in buona salute, in travaglio di parto da 15 a 16 ore. Il feto, presentatosi con la pelvi incompleta pendeva tra le cosce della donna, mentre che la testa estesa, ad onta delle molteplici ed improprie trazioni fatte dalla levatrice, restava fissa ed immobile nell'escavazione. Quantunque avessimo incontrata una certa difficoltà, perchè le trazioni fatte sul tronco avevano fissato il diametro occipito-mentoniero contro l'antero-posteriore dell'escavazione, pure riuscimmo a flettere la testa e praticarne l'estrazione.

L'importante dell'osservazione non sta nelle manovre eseguite, ma da che anche nel caso in parola il parto si era verificato circa 15 giorni dopo il termine presunto della gravidanza e dopo la precedente morte del feto. Il quale ci si mostrava non di normale, ma di forte sviluppo e con la pelle in via di macerazione.

Esame del feto:

Peso	grammi	4500
Lunghezza totale	centim.	54
Piccola lunghezza	»	33
Occipito-mentoniero . , . .	»	14
Occipito-frontale	»	12
Sottoccipito-bregmatico . . .	»	10
Bi-parietale	»	10
Bi-temporale	»	8
Bi-mastoideo	»	8
Mento-frontale	»	9
Mento-bregmatico	»	12
Laringo-bregmatico	»	11
Bi-acromiale	»	15
Sterno-dorsale	»	9. 1[2
Bi-trocanterico	»	12
Sacro-pubico	»	7

All'autopsia tutti gli organi si trovano in condizioni normali e tali da non dare ragione della morte.

Placenta. — Abbastanza voluminosa, pesa gm. 920, misura di dia-

metro 21-23 centim., è spessa più di 3. In certi punti è rosso scura, in altri sbiadita, in altri contiene focolai emorragici più o meno recenti. Il suo tessuto in qualche punto è molle e facilmente lacerabile, in altri più duro e resistente; presenta varii noduli più o meno grossi ed in vicinanza del suo margine specialmente, bianco-grigiastri. Neanche in questa donna può pensarsi all'esistenza della sifilide.

Tutte le lesioni riscontrate nelle singole placente sottoposte alle nostre ricerche sono presso a poco analoghe ed eccoci quindi a descriverle nel loro assieme.

NOTE MACROSCOPICHE.

La grandezza, la forma, la spessezza ed il peso della placenta poco o nulla si modificano in rapporto alle alterazioni che siamo per descrivere; ciò che riesce perfettamente intelligibile dal porre mente, primo al sopraggiungere delle lesioni in molti casi quando la placenta ha già raggiunto il suo completo sviluppo; secondo a che tali lesioni non interessino mai tutti gli elementi della placenta, come spesso non la colpiscono che per una maggiore o minore estensione; terzo a che quando il processo sia molto diffuso apporti tali modificazioni negli scambi utero-placentari e consecutivamente sulla nutrizione e sulla vita del feto da provocare l'interruzione della gravidanza e quindi la mancanza del tempo necessario a che la grandezza, lo spessore ed il volume della placenta ne siano modificate. Ma se il processo è stato più lento e se esso si è sviluppato in un periodo non molto avanzato della gestazione, allora potrà vedersi la placenta più piccola, più sottile e quindi meno pesante per incompleto sviluppo, o per impicciolimento successivo. Solamente in taluni casi i solchi che dividono i singoli cotiledoni si rivelano più profondi; qualche volta però essi lo sono anche meno dell'ordinario, dando alla placenta l'aspetto di una massa compatta ed uniforme.

Maggiore importanza tengono certamente le modificazioni del colorito e della consistenza dell'organo. Il colorito certe volte è uniformemente, certe altre solo a chiazze più rosso fosco, mentre in altri casi è più sbiadito. Così nella faccia uterina come in sotto del rivestimento amniotico si vede talvolta una colorazione bianco-giallastra diffusa, o che s'irradia con molteplici filamenti in svariate direzioni, o che forma proprio delle macule rispondenti a dei noduli più o meno grossi sparsi nella

superficie o nel mezzo del tessuto placentare. E siffatte modificazioni del colorito si rilevano anche sezionando la placenta in varii punti, rinvenendo qui delle colorazioni rosso-fosche e là delle strie bianco-gialliccie o dei noduli i quali in qualche punto sono piccolissimi, ma in altri raggiungono fin quasi il volume d'una noce.

Così del pari quando le lesioni sono molto diffuse ed interessano buona porzione dell'organo ne viene modificata la consistenza, la quale ora è diminuita ed ora aumentata. Certe volte la placenta è così molle e facilmente lacerabile che basta farvi pressione con un dito per indurvi delle lacerazioni; mentre che altre volte è dura ed in certe parti, là dove trovansi quei noduli più grossi innanzi descritti, fino al punto da stridere, sotto il coltello o le forbici nel farne la sezione. Come abbiamo potuto assicurarci con le ricerche microscopiche fatte a preferenza sopra i punti che ad occhio nudo sembravano alterati, le modificazioni di colorito sono dovute a preferenza ai versamenti di sangue con le sue trasformazioni consecutive, ovvero ai processi infiammatorii sclerotizzanti, degenerativi o necrotici che andremo successivamente analizzando.

Metodi di ricerca. — L'indurimento si è ottenuto o con l'alcool assoluto, o con la soluzione di bi-cloruro di mercurio, o col liquido di Müller. La inclusione si è fatta ordinariamente in paraffina, qualche volta in celloidina. La colorazione si è fatta in massa o col picro-carminio ordinario, o con l'allume carminio, o col liquido dello Schrön, o con l'ematossilina, o col violetto di genziana.

Le nostre ricerche sono state fatte nel gabinetto del prof. Schrön che siamo lieti di poter qui pubblicamente ancora una volta ringraziare assieme al prof. Armanni ed al nostro carissimo amico dott. Gianturco.

Le sezioni sono state praticate col microtomo ed indi i tagli sono stati messi nella trementina o nell'etere o nell'alcool secondo i casi ed indi rischiarati nell'olio di origano, di cedro o di garofano ed inclusi nel balsamo del Canadà.

Descriveremo le lesioni rinvenute nell'ordine seguente:

I. Forme infiammatorie recenti o sclerotizzanti.

II. Emorragie, fasi successive del sangue versato od infiltrato nella placenta.

III. Forme degenerative, particolarmente della degenerazione ialina.

IV. Forme necrotiche, specialmente dell'epitelio dei villi.

V. Metaplasia del connettivo neoformato in tessuto cartilagineo ed osseo.

VI. Infiltrazione calcarea.

I. Forme infiammatorie recenti o sclerotizzanti.

Sommario. — È possibile l'infiammazione della placenta. — Quale è la porzione che partecipa al processo. — In quale epoca della gestazione può svilupparsi. — Quali ne sono le fasi e ne possono essere gli esiti anatomicamente e clinicamente. — Che cosa si è ritenuto fin oggi al riguardo e che cosa bisogna invece pensare. — Quali sono i limiti tra le condizioni normali e quelle morbose. — Descrizione dei preparati. — Differenze da quanto si è ritenuto fin ora. — Conclusioni e corollarii.

Prima di discutere la natura delle lesioni rinvenute nelle placente da noi esaminate, poichè è stata messa in dubbio od addirittura negata, ci si permetta la domanda: è mai possibile l'infiammazione della placenta, la così detta placentite?

Se l'infiammazione è un processo che può svolgersi in ogni tessuto vascolarizzato o che sta in rapporto con i vasi ed è quindi possibile in tutti gli organi del corpo umano, meno le formazioni epidermoidali, perchè mai non avrebbe potuto svolgersi in un organo dove può dirsi che il connettivo non serva ad altro che a sostegno dei vasi?

E quale altro organo presenta analoga struttura per ricchezza di vasi e condizioni così svariate e molteplici che possono disturbarne la circolazione, ed elementi anatomici dotati di vita così attiva e fugace, ed una funzione così complessa come quella che provvede agli scambii dei gas e degli elementi nutritivi tra madre e figlio, non chè alla funzione glicogenica? L'anologia dunque con quanto succede negli altri organi dell'economia animale, le condizioni speciali innanzi cennate e sopra tutto il risultato positivo delle ricerche istologiche, non solo devono far ritenere la possibilità dell'infiammazione nella placenta, ma che essa sia assai più frequente di quanto è stato fino ad oggi ritenuto.

Il distinguere poi se il processo infiammatorio abbia interessato esclusivamente la porzione materna o quella fetale della placenta è possibile in pochi casi solamente. Nè ciò farà meraviglia quando si consideri

come a sviluppo completo dell'organo si distingua la porzione materna da quella fetale più per considerazioni biologiche relative alle trasformazioni graduali dei singoli elementi, che per caratteri puramente morfologici. E dall'altra parte come mai concepire che un processo il quale interessa non solo i vasi ma tutti gli elementi del connettivo e che induce in essi disturbi circolatorii e nutritivi fino alla necrosi, possa restare limitato e circoscritto ad una parte solo di quelli elementi, mentre essi tutti sono così fittamente compenetrati tra loro e la funzione e la nutrizione ne è così intimamente legata?

Pure quando il processo infiammatorio si trovi nei suoi primi stadii, della prevalenza delle lesioni in dipendenza di esso processo potrassi dire se siasi svolto a preferenza nella porzione materna o fetale. Ma in uno stadio più avanzato può ben ritenersi che una di essa si trovi alterata a preferenza, ma non mai l'una indipendentemente dall'altra.

Intorno poi all'epoca della gravidanza nella quale l'infiammazione può svolgersi, l'Ercolani (1) dice di non averla riscontrata prima del terzo mese. Noi l'abbiamo rinvenuta in tutte le epoche della gestazione, anzi in un caso di aborto al secondo mese le alterazioni vasali e l'infiltramento parvi-cellulare era talmente diffuso da far rilevare chiaramente come l'infiammazione diffusa e recente, iniziata dalla decidua e successivamente propagata ai villi del chorion frondosum, fosse stata la cagione della interruzione della gravidanza. Quanto poi alla possibilità del processo in un periodo più avanzato e fino al termine della gestazione, non potrebbe in nessun modo mettersi in dubbio. Le fasi del processo possono essere diverse come in tutti gli altri organi, come assai svariata ne è l'estensione. Certe volte in qualche punto solamente della placenta si riscontrano le lesioni in parola, ciò che può accadere quale reazione a qualche piccolo versamento di sangue tanto facile ad avverarsi nella placenta; mentre qualche altra volta tutta o buona parte dell'organo si trova alterata.

Qualche autore, ad es. il Devilliers, ha preteso che nel periodo acuto l'infiammazione avesse potuto arrivare fino alla suppurazione, ciò che sarebbe importantissimo a determinare, sia come l'esito più classico dell'infiammazione, sia perchè fino ad oggi non è nettamente dimostrata

---

(1) Ercolani. « Malattie della placenta. » *Bollettino dell'Accademia di Bologna,* 1871.

la possibilità della suppurazione nei tessuti embrionali. Ma intorno alla esistenza del pus ed alla sua sede, nulla potremmo dire di positivo, mancando di osservazioni al riguardo e trovando quelle riferite assai discutibili. Per contrario facilmente s'incontrano le note delle degenerazioni, metaplasie o necrosi, rapportabili all'infiammazione lenta e di lunga durata onde bisogna ritenere questa come la più comune. Dall'altra parte, l'abbiamo già detto al principio, quando l'infiammazione, specialmente acuta, è notevolmente estesa, l'interruzione della gravidanza è l'esito prossimo ed inevitabile. Certamente poi nella forma cronica le conseguenze sul corso della gestazione come sullo sviluppo, sulla nutrizione e sulla vita del feto sono in rapporto con la estensione e la intensità del processo. Passato il pericolo del periodo acuto, quando buona parte della placenta è alterata, si riscontra il prodotto del concepimento atrofico e mal nutrito, in altri casi esso muore per deficiente nutrizione. Ma intorno alle condizioni ordinarie della placenta al termine della gestazione ed ai rapporti tra l'estensione delle alterazioni placentari e lo sviluppo, o la vita del feto, ci occuperemo particolarmente in altro lavoro, appena ci sarà possibile per più ampie ricerche.

Abbiamo fin qui cercato di dare una risposta ai diversi quesiti innanzi messi perchè finora nella scienza non esiste ancora un quadro determinato di ciò che debba intendersi per infiammazione della placenta. Adesso ancora potrebbesi ripetere al riguardo e molto a proposito quello che diceva l'Ercolani nel 1871, che cioè dai diversi autori siasi fatta tanta confusione « che dovendo pur render conto dello stato presente della scienza, sono più le difficoltà che s'incontrano per tenere un certo ordine, che i vantaggi che si ricavano cercando un aiuto ed una guida nello studio dei precedenti lavori. »

Infatti, Geoffroi de Montreuil, Brachet, Simpson, Ferdinando Robert, Cauwenberghe hanno parlato della *placentite*. Però mentre si trovano da essi esposte le note macroscopiche dell'infiammazione della porzione materna della placenta, mancano poi quelle relative alla porzione fetale. Per vero Simpson dice di aver verificato dell'*essudato coagulabile* sulla faccia uterina della placenta come già era stato riferito dal Brachet; Ferdinando Robert riferisce di aver seguite le trasformazioni dell'essudazione infiammatoria sulla faccia uterina della placenta; Meckel di aver trovata l'infiammazione acuta; Braun, Schroeder, Spiegelberg l'infiammazione cronica ed Hegar descrive l'endometrite interstiziale nella quale

i villi sono agglutinati dagli elementi ipertrofici della serotina e del connettivo neoformato. Ecco perchè quello che gli antichi denominarono placentite, dai moderni va descritto nel capitolo dell'endometrite.

Nè questo solo; ma le lesioni che andremo ad esporre sono state ancora diversamente spiegate e denominate fino a pochi anni or sono. Barnes (1) e Robin (2), che descrissero i primi le lesioni in parola le denominarono *degenerazione grassosa* o *fibro-grassosa della placenta.* Sotto tali denominazioni, dice l'Ercolani, descrissero essi e molti altri dopo di loro una lesione con caratteri macroscopici corrispondenti esattamente a quelle lesioni morbose dove l'esame microscopico ha fatto rilevare l'ipertrofia ed iperplasia cellulare del parenchima dei villi con o senza obliterazione dei loro vasi centrali, ed anche con lesione dell'organo glandolare.

Il Robin poi, come riferisce lo Charpentier (3) mette in rapporto le cennate alterazioni con le apoplessie placentari, facendo rilevare però come la forma da lui descritta sia diversa da quella dello Jacquemier (4) ed il cennato Charpentier e l'Hiffelsein ed il Laboulbène (5) riferirono delle osservazioni nelle quali coesistevano le apoplessie placentari con l'obliterazione fibrosa dei villi. Dell'importanza delle emorragie vedremo nell'altro capitolo.

Il Druitt (6) con altri ritiene invece la degenerazione grassosa dei villi come una condizione normale della placenta al termine della gravidanza, causata dalla cessazione parziale delle funzioni attive della placenta quando lo sviluppo del feto è completo, mentre che quando la lesione si sviluppa nel corso della gestazione, in rapporto alla minore o maggiore estenzione del processo, il feto nasce mal nutrito, o addirittura muore.

Bustamante (7) ha denominato *sclerosi della placenta* quella forma nella quale vi è ipertrofia ed iperplasia così negli elementi componenti la porzione materna, come in quelli che formano la porzione fetale.

---

(1) Barnes. *The lancet,* 1853.

(2) Robin. *Société de Biologie,* 1854.

(3) Charpentier. « Maladies du placenta et des membranes. » Th. 1889.

(4) Jacquemier. *Archiv. de Med.* « Manuel des accouchements. » 1846.

(5) Laboulbène. *Société de Biologie,* 1865.

(6) Druitt. *The Lancet.* « On degeneration of the placenta at the and of preguaney. » 1853.

(7) Bustamante. Thèse, 1868.

Neumann (1) ha descritto come *sclerosi della placenta* una degenerazione per la quale la placenta perde la sua mollezza e spongiosità in seguito a proliferazione delle sue villosità; queste si sviluppano in un modo così esagerato che gli spazii placentari ne restano riempiti, la circolazione resta impedita, circostanza che reagisce sullo sviluppo delle villosità. Nei punti degenerati il Neumann non trovò traccia di spazii placentari, che erano riempiti di villosità e di sepimenti di tessuto connettivo. La sostanza ialina dei villi era metamorfosata in tessuto connettivo che racchiudeva delle molecole grasse e calcari.

Virchow (2) parlando delle lesioni sifilitiche della placenta accenna di volo ad una forma semplice e diffusa di endometrite venerea che molto di sovente produce degli inspessimenti ed indurazioni fibrose nella placenta che possono cagionare l'atrofia dei villi.

Il Meyer (3) in un lavoro assai minuto fa rilevare come gl'induramenti nella placenta avessero potuto avere origine e sede assai diversa. Egli stabilì come le trasformazioni fibrose avessero potuto verificarsi così nella serotina come nei villi, quantunque non ne descrivesse le diverse fasi e spesso per sottilizzare creasse delle distinzioni affatto impossibili a seguire.

Quegli che trattò l'argomento con maggior dottrina e precisione fu certamente il nostro Ercolani (4), il quale per aver fatto degli studi comparativi d'istologia e di sviluppo sulla placenta in molti animali possedeva più di tutti gli altri larghezza di osservazioni ed esattezza delle cognizioni fondamentali.

Ercolani considerava quell'alterazione descritta dagli autori come degenerazione fibro-grassosa quale una *ipertrofia ed iperplasia cellulare del parenchima dei villi, iperplasia semplice o complicata dall'obliterazione dei vasi centrali e con la lesione dell'organo glandolare.* A suo modo di vedere l'aumento di volume delle cellule nel mezzo del tessuto mucoso dei villi costituisce il carattere fondamentale e speciale della malattia. Ad onta di molteplici analisi di placente grasse non ha trovato che in una sola l'obliterazione dei vasi centrali dei villi ristretti ed obliterati,

---

(1) Neumann. « Ueber die sklerose der placenta. » *Konigsb. Med. Jarbuch.*, 1860.

(2) Virchow. *Archiv.*, 1861. « Pathologie des tumeurs. » T. 2.

(3) Meyer. *Monatschrift für Geburtskunde*, von Credé Hegar und Martin. Berlin 1868.

(4) Ercolani. Luogo citato.

in altri dilatati, ciò che egli spiega per l'aumentata pressione nei punti vicini fatta dagli elementi circostanti iperplastici. Quando buona parte della placenta, egli dice, presenta le lesioni in parola, essa ha i caratteri macroscopici ai quali il Bustamante ed il Neumann dettero il nome di sclerosi della placenta.

Lo stesso Ercolani poi denomina fibroma dei villi e della serotina la trasformazione fibrosa del tessuto dei villi e della serotina, la quale può essere limitata o diffusa e che porta per conseguenza l'obliterazione dei vasi fetali o materni. Riconosce come il processo possa interessare a preferenza i villi e la serotina e segue la trasformazione degli elementi istologici dall'iperplasia ed ipertrofia alla metamorfosi fibrosa.

Il Colucci (1) esaminando delle placente abortive tra 3-4 1[2-6 mesi ha trovato delle lesioni speciali dei villi coriali consistenti nella mancanza di arborescenza e terminazione sottile e con rigonfiamento od appendici a clava, a pera od a fiala. Il connettivo di tali villi è scarso, la loro rete capillare incompleta o mancante, ricco al contrario lo strato cellulare epiteliale, i cui elementi, sebbene di dimensioni inferiori alle normali, formano un rivestimento relativamente assai fitto alla superficie del villo. In altri villi restati rudimentali non vi è traccia di connettivo mucoso, nè accenno di vasi capillari ed appena vi si scorgono delle forme cellulari di natura epiteliale. Nulla che avesse potuto richiamare l'attenzione nella porzione placentare della decidua vera. In questi casi esisteva l'endometrite precedentemente alla gravidanza ed il Colucci ad essa rapporta le lesioni descritte nella placenta e l'interruzione della gravidanza.

Ora a noi pare che facendo bene attenzione, si trovi specialmente nei dati forniti dall'eminente anatomico bolognese quanto possa dare un solido fondamento alla determinazione di un processo che renda ragione con una legge costante e determinata delle lesioni che ora siamo per discutere. I fatti dunque erano in massima acquistati, vediamo se è possibile completarli con le nostre ricerche, apportando così anche noi il nostro contributo su di un argomento tanto discusso e discutibile ed in rapporto alle vedute odierne della scienza.

Nè ci si dica oramai che molte delle alterazioni già descritte o che

---

(1) Colucci. « Di una speciale alterazione dei villi coriali. » *Progresso Medico.* Napoli, 1888.

siamo per esporre possano rappresentare dei fenomeni naturali e costanti al termine della gestazione, quando quasi la funzione che viene a cessare nella placenta modifichi l'organo, e che quindi restino sempre indecisi i limiti tra quello che è da considerare come normale e quello che è patologico. Innanzi tutto noi risponderemo che le lesioni in esame si siano trovate da noi e da altri solamente in placente grossolanamente alterate. In secondo luogo non è logico ritenere possano verificarsi modificazioni assai profonde nella placenta fino a disturbarne od annullarne la funzione, principalmente quella della respirazione per i disturbi circolatorii, quando essa è indispensabile fino a che il feto non sia venuto all'esterno. Finalmente diremo come sulle nostre osservazioni e sui nostri preparati non possa cadere alcun dubbio, possedendo noi le storie complete ed avendo riscontrata la morte del feto con le lesioni della placenta, mentre che poi essendosi quella manifestata presso il termine della gestazione dice chiaramente come il processo morboso non avesse potuto iniziarsi, o raggiungere il suo massimo sviluppo, molto tempo prima. Si noti poi come nelle nostre osservazioni debba escludersi l'esistenza della sifilide. Ma vediamo oramai che cosa possano valere a dimostrare i nostri preparati. Noi abbiamo potuto per così dire seguire l'infiammazione della placenta, giacchè abbiamo potuto nelle diverse placente e spesso ancora nella medesima placenta sorprendere il processo nei suoi diversi stadii.

Di fatti nella placenta della donna partorita a termine all'Annunziata (Osservaz. 1.ª) noi troviamo, come ci fa rilevare la Fig. I, le note dell'infiammazione in uno stadio relativamente recente. Quello che è più notevole per vero in questa figura, è il grande aumento degli elementi cellulari connettivali, il forte infiltramento parvi-cellulare, così nei villi, porzione fetale della placenta, come nella decidua, porzione materna. Tutte e due le porzioni pare siano aumentate di volume e gli elementi cennati hanno forma e volume assai diverso tra loro. Inoltre l'epitelio di rivestimento dei villi, il quale, secondo l'Ercolani ed altri sarebbe di origine materna, è qui e là scomparso, mentre in altri punti si presenta sotto forma di placche polinucleate, che si colorano intensamente col carminio e con l'ematossilina ed il violetto di genziana. Quale sia l'importanza di tali placche da niuno ancora descritte vedremo in appresso. I vasi sanguigni, meno un inspessimento nella parete, non presentano altro di particolare.

In uno stadio della lesione un poco più avanzato, Fig. II, come rilevasi in qualche altro punto della stessa placenta, il connettivo dei villi come quello della porzione materna della placenta comincia a presentare la trasformazione fibrosa. Di fatti in alcuni villi, come ancora nel mezzo di essi nella porzione materna, s' incomincia a vedere come le cellule rotonde che facevano l' infiltrazione primitiva, incomincino a cacciare dei prolungamenti pigliando la forma di clava, di stella ed in massima parte allungata a fuso, nello stesso tempo che il tessuto fondamentale, prima omogeneo, comincia a mostrare delle sottili fibrille. In alcuni altri villi si rileva una incipiente degenerazione ialina. In taluni villi i vasi sanguigni presentano le pareti inspessite ed il loro lume ristretto, in altri essi sono completamente obliterali. Le placche epiteliali innanzi cennate sono più evidenti e si colorano più intensamente e diffusamente con le sostanze coloranti.

In qualche altra placenta (osservaz. 2.ª e 3.ª), dove pure si riscontrano in dati punti le lesioni innanzi descritte, in qualche nodulo più duro si rileva, come rappresenta la Fig. III, non solo la disposizione fibrillare del connettivo interstiziale nel cui mezzo trovansi gran numero di fibroblasti, ma più inoltrata ancora la sclerosi dei vasi dei villi, la quale in taluni di essi, come si rileva dalla Fig. IV, arriva fino alla obliterazione completa del loro lume. Da per ogni dove, così nella porzione materna, come in quella fetale della placenta, il connettivo è iperplastico e sclerotico. Le placche epiteliali, più o meno secondo i diversi punti, chiaramente visibili e presentano una colorazione diffusa. Esaminando il cordone ombelicale della placenta dove si sono riscontrate le lesioni sopra esposte, nei vasi di qualcuno di essi e principalmente nella vena si trovano pure le note dell' infiammazione. Così la Fig. V (osservaz. 3.ª), ci fa vedere la vena ombelicale con i caratteri evidenti dell'endoflebite, come può a prima vista rilevarsi dalla notevole iperplasia dell'intima.

Ora descritte le lesioni rinvenute in una prima serie di ricerche, le quali possono essere collegate tra loro per l'uniformità dei risultati, per serbare un certo ordine vogliamo domandarci: possono esse mai rapportarsi ad un unico e medesimo processo?

A noi pare evidente come i nostri preparati possano mettere fuori discussione l' esistenza di un processo solo, quello che sino gli autori più moderni, come Schroeder, Braun, Charpentier, Hegar, ecc., hanno messo in dubbio o negato addirittura, l'infiammazione della placenta, la

placentite già ammessa dagli autori più antichi, per le sole note macroscopiche, giacchè essi non dimostrarono la natura del processo con ricerche istologiche.

Noi siamo persuasi che tutte le alterazioni descritte sotto diverso nome debbano andar tutte od in massima parte rapportate all'infiammazione, e l'ipertrofia e l'iperplasia degli elementi connettivali ed il fibroma dei villi e della serotina di cui parla l'Ercolani non siano altra cosa che diversi stadii del processo infiammatorio, il quale qui si trova nella fase d'infiltramento parvi-cellulare, come là si trova in quella sclerotizzante ed in altro punto ancora in via di altre trasformazioni riferibili alle degenerazioni, alla metaplasia od alla necrosi, come or ora vedremo. Voler riferire le lesioni rinvenute alla sola *endometrite* noi crediamo sia nello stesso tempo errore di fisiologia e di anatomia patologica. Infatti se la formazione deciduale, come oggi ritengono i più (Kolliker, Kundrat, Engelmann, Coste, Robin, Frëdlander, Romiti, ecc.), ripete la sua origine da tutti gli elementi preesistenti della mucosa e se essa non va interpretata oggi come lo speciale organo glandolare che voleva l'Ercolani, certamente non contiene neanche gli elementi preesistenti della mucosa. Voler quindi dalla frequenza delle endometriti inferire che tale processo si possa riscontrare ancora dopo molto tempo nella placenta che ha completato il suo sviluppo non può essere ritenuto.

Nè questo contraddice per nulla le affermazioni del Veit (1), quando dice: « Molte premature interruzioni della gravidanza hanno decisamente il loro più prossimo fondamento sull'esistenza di un processo infiammatorio dell'endometrio. » Nei primi tempi della gravidanza l'endometrite preesistente a qualunque varietà appartenga può avere la sua sfavorevole influenza sui rapporti utero-placentari, ciò che è perfettamente intelligibile, giacchè dagli elementi preesistenti della mucosa si forma la porzione materna della placenta e la ectasia vasale ed i rapporti tra i villi coriali da parte del feto e quella neoformazione connettivale e sanguigna da parte della madre, potrà essere affatto diversa a norma delle condizioni normali o patologiche.

Ma se pure non vogliasi accettare come troppo esclusiva l'affermazione del Küstner (2) quando dice: Frequentemente io ho esaminato

---

(1) Veit. « Über die Endometritis decidua. » *Volkmann's Sammlung*, N. 254.

(2) Küstner. « Beiträge zur Lehre von der Endometritis. » Jena, 1883.

decidue appartenenti a donne, le quali, prima di stabilirsi la gravidanza, soffrivano d'intensi catarri uterini; tutte queste decidue non presentavano, nè nella vascolarizzazione, nè nella spessezza, nè nella struttura microscopica, la minima differenza dalle decidue che giornalmente si osservano.... Certo però che quando l'organo è già formato, quando cioè con la modificata attività e nutrizione si è avuta la rigenerazione degli elementi e quindi la scomparsa delle condizioni preesistenti, allora possono essere più le condizioni generali, a preferenza forse ematogene, riferibili alla madre, od al figlio, che quelle locali, che possono spiegare una così notevole influenza sulla struttura e sulle funzioni della placenta.

Ciò che viene ancora ad essere confermato dalla diretta osservazione. Se noi riscontriamo le lesioni ora più ed ora meno avanzate, così nella porzione materna come in quella fetale della placenta, perchè mai dovrassi ritenere che esse dipendano sempre ed esclusivamente dalla madre? E quando la lesione interessa non solo i vasi centrali dei villi, ma arriva sino a quelli ombelicali, come dimostra la nostra Fig. V, in qual modo potrassi sostenere che le lesioni si siano diffuse dalla porzione materna a quella fetale della placenta?

Dalle quali considerazioni esposte e da molte altre che potremmo aggiungere noi ci crediamo autorizzati a ricavare da questa prima parte del nostro lavoro le seguenti conclusioni:

1.° La massima parte delle lesioni descritte dai diversi autori sono riferibili all'infiammazione, come era stato ritenuto dagli antichi dalle sole note macroscopiche. Le differenti denominazioni ed i caratteri diversi sin qui esposti possono spiegarsi con i diversi stadi del processo il quale può dare l'infiltramento parvi cellulare, la sclerosi, le degenerazioni, la metaplasia, la necrosi.

2.° Questo processo non può rappresentare uno stadio fisiologico di trasformazione della placenta al termine della gestazione, perchè si riscontra solo nelle placente morbose, ed induce l'arresto di sviluppo, la denutrizione o la morte del feto.

3.° Le infiammazioni della placenta possono svilupparsi in tutte le epoche della gravidanza; a norma della loro sede, della intensità e della estensione del processo esse ora provocano l'aborto seguito dalla espulsione del prodotto del concepimento, ora le aderenze anormali della placenta, ora la ipotrofia o la morte del feto quando esso ha raggiunto il termine o quasi del suo completo sviluppo.

4.° Poichè le lesioni possono svilupparsi pure nei periodi avanzati della gravidanza e presso il suo termine, e possono iniziarsi ora dalla porzione materna ed ora da quella fetale della placenta, come si rileva dagli effetti e dalla gravezza del processo, diffondendosi successivamente all'altra, bisogna parlare di una placentite e non della sola endometrite.

II. Emorragie, fasi successive del sangue raccolto od infiltrato nella placenta.

Questo capitolo, per la sua grande importanza lo tralasciamo ora, per occuparcene in modo particolare in un prossimo lavoro, non avendo potuto completare le nostre ricerche al riguardo.

III. Forme degenerative, particolarmente della degenerazione ialina.

Sommario. — Come si determinano le degenerazioni nella placenta. — È il connettivo neoformato e preesistente, ovvero la fibrina che subisce la degenerazione. — Che cosa si è ritenuto fin oggi al riguardo. — Descrizione dei preparati. — Conclusioni.

Nella placenta, come in tutti gli altri organi, in proporzione dei disturbi nutritivi e principalmente delle lesioni vasali indotti dall'infiammazione, possono verificarsi le degenerazioni o la necrosi, in rapporto alla gravezza ed alla estensione del processo. Nè, quando si pensi alla enorme vascolarizzazione della placenta ed alla facilità dei disturbi circolatori, che in essa possono aver luogo per ragioni molteplici e variabili, farà meraviglia scorgere qui degli elementi cellulari con degenerazione idropica e là con degenerazione grassa o ialina, mentre che in altri punti vicini si vedono degli elementi colpiti di necrosi da coagulazione, o da colliquazione e da infiltrazione calcarea, mentre che in punti poco lontani il connettivo neoformato è divenuto sclerotico, od ha dato luogo alla metaplasia.

Molti autori hanno descritto nella placenta la degenerazione grassa, come processo affatto diverso da quello denominato *degenerazione fibro-*

grassosa sopra descritto. Essi però talvolta hanno voluto significare con tale parola l'ipotrofia degli elementi placentari al termine della gestazione, altre volte hanno voluto così determinare le alterazioni vasali che hanno preparato le condizioni favorevoli alla produzione delle emorragie, ovvero i disturbi nutritivi consecutivi alle infiammazioni, od ai versamenti di sangue.

Noi non possiamo pel momento occuparci della degenerazione grassa non avendo fatto ricerche al riguardo, nè avendola riscontrata nei nostri preparati. Certamente essa deve essere possibile sia come alterazione vasale predisponente alle emorragie, sia per i disturbi nutritivi e circolatorii che seguono ai versamenti sanguigni od alle infiammazioni circoscritte o diffuse. In generale però crediamo siasi soverchiamente abusato della espressione degenerazione grassa per esprimere talune lesioni macroscopiche, le quali sottoposte ad un esame più minuto, hanno potuto poi sopportarsi in massima parte alle infiammazioni sclerotizzanti o degenerative, ovvero alle emorragie placentari con le successive fasi di trasformazione del sangue.

Ora se nella placenta possono avverarsi le infiammazioni, come in tutti gli altri organi, non farà meraviglia riscontrare in essa gli esiti già conosciuti e determinati per tutti gli altri tessuti. È notissimo come quando la circolazione sia ostacolata e la nutrizione degli elementi anatomici solamente ridotta si avverino le ipotrofie e le degenerazioni, mentre che se l'una e l'altra sono soppresse, si avvererà la morte del tessuto, la necrosi.

Ciò posto, non farà meraviglia rinvenire nella placenta la degenerazione ialina, quale è stata osservata dal Wieger (1) specialmente nei vasi del cervello e delle glandole linfatiche. E le cagioni che la determinano, disturbi circolatorii e nutritivi indotti dall'infiammazione, da noi sono stati già disopra dimostrati a proposito delle diverse fasi della placentite. Ora chi non sa come la forma della morte del tessuto o della sua degenerazione è assai diversa nella infiammazione e dipende in parte dal decorso dei disturbi infiammatorii della circolazione, in parte dalle proprietà anatomiche del tessuto?

Quanto agli elementi che possono subire la degenerazione ialina, noi

---

(1) VIRCHOW. *Archiv.*, Bd. 78.

crediamo possano essere tutti quelli nei quali si avverano disturbi nutritivi e circolatori e quindi i vasi dei villi e quelli della serotina, come il connettivo preesistente in seguito dell'ischemia prodotta da un focolaio di apoplessia placentare, o quello neoformato in seguito di cronica infiammazione ed anche la fibrina del sangue infiltrato o raccolto nel mezzo del tessuto, quando non sia molto considerevole, ci si può presentare sotto l'aspetto ialino. E non succede forse altrettanto nei villi del *chorion laeve* quando per l'aumentata attività del connettivo e la diminuita gemmazione e rigenerazione dell'epitelio, nonchè pel restringimento ed obliterazione definitiva dei vasi primitivi, si vanno atrofizzando, mentre che per l'aumentato sviluppo dei vasi allantoidei crescono quelli del *chorion frondosum*, che vanno a formare la porzione fetale della placenta?

Quegli che ha descritto il primo la degenerazione ialina nella placenta è stato il Wedl (1), il quale riferisce aver veduto dei villi entro cui trovavasi accumulato un liquido, che egli chiama ialino, determinante una degenerazione idropica. Le villosità, lo stesso autore dice, avevano verso la loro estremità un rigonfiamento elevato che conteneva delle masse liquide, l' epitelio esterno dei villi si vedeva facilmente ed aveva un volume doppio del normale. Gli steli o tronchi dei villi non dilatati dal liquido erano colpiti dalla degenerazione grassa.

L'Ercolani, il quale ritiene la degenerazione ialina come una forma morbosa speciale, non come una fase della trasformazione fibrosa, dichiara non aver potuto raccogliere nessuna osservazione in appoggio di quanto espone il Wedl. Però da quanto ha potuto osservare crede che realmente in alcuni casi l'elemento liquido della parte fondamentale dei villi acquisti nella forma morbosa in discorso una maggiore consistenza e vi si trovi in maggiore quantità a scapito dell'elemento cellulare normale. Nella trasformazione fibrosa, secondo Ercolani, « le cellule normali del tessuto mucoso a poco a poco si trasformano in cellule fusiformi prima e poscia in corpuscoli di tessuto connettivo e la sostanza liquida si permuta pur essa a poco a poco in sostanza trasparente, mentre nei casi che io riguarderei come trasformazione ialina, egli dice, gli elementi cellulari sono scarsi, hanno conservato il carattere tondeggiante delle cellule del tessuto mucoso, mentre che l'altra parte ha acquistato

---

(1) Wedl. « Grundzüge der Pathologischen Anatomie. » Wien, 1874.

i caratteri fisici della sostanza fibrosa elaborata, senza che l'elemento elaboratore, la cellula fibrosa siasi formata. » Noi in diverse placente ed in diversi punti della stessa placenta, accanto a porzioni dell'organo colpito dall'infiammazione sclerotizzante, ne abbiamo veduto altre in una fase di degenerazione ialina. Questo si vede accennato nella Fig. II *d*, e nella Fig. III *d*, ma è chiaramente dimostrato dalle Fig. VII ed VIII.

Nella Fig. VI si rileva chiaramente come il connettivo iperplastico così della porzione materna, come di quella fetale della placenta, cominci a presentare la degenerazione ialina. La sostanza fondamentale cioè diventa splendente, diafana, omogenea e molto trasparente, mentre che gli elementi cellulari si vanno facendo più rari ed in qualche punto scompaiono addirittura. Anche in questo preparato i vasi presentano le pareti inspessite e sono ristretti, l'epitelio dei villi qui e là è scomparso e forma in altri punti le solite grosse placche innanzi descritte, le quali si colorano con le cennate sostanze coloranti molto intensamente e diffusamente.

Ora, come può rilevarsi dalla fatta esposizione, dalla coesistenza della degenerazione ialina con altre forme infiammatorie e degenerative circostanti, assieme alle alterazioni vasali ed alla necrosi dell'epitelio dei villi, della quale or ora ci occuperemo, noi più che considerarla come una forma morbosa speciale, la riguarderemo come una delle degenerazioni ordinarie del processo infiammatorio. La forma ialina della degenerazione, più che alla specificità del processo, è legata alla natura del tessuto infiammato e forse alle sue condizioni circolatorie (1).

IV. Forme necrotiche principalmente dell'epitelio dei villi.

Sommario. — Particolarità dell'alterazione rinvenuta nell'epitelio dei villi. — Quale è la funzione dell'epitelio dei villi. — Quali le sue alterazioni finora descritte. — Che cosa significano le placche epiteliali. — Conclusioni.

Che le varie forme della necrosi locale possano essere la conseguenza immediata e diretta dei disturbi nutritivi e circolatorii indotti dall'infiammazione è cosa omai notissima. Nelle placente morbosamente alte-

(1) A proposito delle degenerazione ialina può riscontrarsi il Recklinkausen, l'Arnodt, l'Eppinger, il Lubinoff ed il Peters i quali se ne sono occupati in modo speciale ed hanno determinato per quanto era possibile le condizioni nelle quali essa si produce.

rate poi, lo ripetiamo ancora una volta, molto comunemente si riscontrano ed in punti relativamente vicini tutte le fasi o gli effetti del processo infiammatorio, dalle ipotrofie alle degenerazioni ed alla morte.

Ma quello che più ci ha colpiti nelle nostre ricerche è stata quella formazione speciale di placche derivanti dal disgregamento e fusione dell'epitelio dei villi, che non abbiamo trovato descritto da nessun autore, per quanto ci è riuscito di riscontrare.

In tutti i nostri preparati, sempre che la lesione della placenta era sufficientemente estesa ed interessava così la porzione materna come quella fetale, ed anche in uno stadio relativamente recente del processo, l'epitelio dei villi ci si è mostrato notevolmente alterato. Esso in fatti in buona parte della periferia del villo mancava addirittura, mentre che poi in uno o più punti di questo contorno si vedevano delle grosse chiazze, più o meno intensamente e diffusamente colorate con protoplasma ora omogeneo ed ora sottilmente granuloso, entro le quali spesso si trovavano uno o più nucleoli.

L'epitelio dei villi nei primi tempi della formazione della placenta tiene certo una funzione importantissima, nello stesso tempo che è provveduto di grandissima attività formativa. Di fatti, come egregiamente dice il Colucci al riguardo nel cennato lavoro, esso « non pure preceda lo sviluppo degli altri tessuti nella formazione del villo indipendentemente da qualsiasi stimolo che possa da essi esercitarsi alla sua proliferazione; ma sovente questa, restando tuttavia nel campo fisiologico, prende tal sopravvanzo sugli altri costituenti normali, da dar luogo a forme anatomiche risultanti di esclusivi elementi epiteliali. »

A completo sviluppo però della placenta noi non sappiamo ancora quale sia l'importanza di tale epitelio; ma non sarebbe improbabile, come osserva il Pedicini (1) che esso serva a favorire gli scambi degli elementi nutritivi e respiratori tra madre e figlio, e che una volta seguita la sua degenerazione i villi si arrestino nel loro sviluppo, o si stabiliscano aderenze patologiche ed atrofie consecutive.

Assai frequentemente l'epitelio dei villi subisce la degenerazione grassa, come affermano molti autori, più spesso però esso si distrugge per necrosi da colliquazione. Druitt (2) crede che la degenerazione grassa

---

(1) Pedicini. « Nuove ricerche sulla sifilide placentare. » *Progresso Medico*, 1887.

(2) Druitt. Luogo citato.

dell'epitelio dei villi sia una fase fisiologica al termine della gravidanza ed il Sirelius (1), descrive aver trovato negli uovi abortivi tra quarta e sesta settimana uno strato cellulare soprapposto ai villi formante delle gemme soprapposte, delle quali non dà una sufficiente spiegazione.

Ora vogliamo domandarci: che cosa mai esprimono quelle placche epiteliali da noi disopra descritte? Noi crediamo quelle placche epiteliali si possano interpretare come cellule giganti le quali, secondo il Baumgarten, sarebbero prodotte dalla proliferazione nucleare non seguita dalla corrispondente formazione protoplasmatica, avendo il protoplasma già subìto alterazioni nutritive, mentre il nucleo conserva ancora le sue proprietà vitali. Ovvero, ciò che sembra più probabile e come sostengono l'Arnold, il De Vincentis, il Fuchs, dalla confluenza e fusione di svariate cellule tra loro. Tali cellule si trovano nel tubercolo e possono risultare pure dalla fusione di più cellule endoteliali (Ziegler, Tailor).

Nel caso nostro le placche epiteliali descritte nei villi alterati possono benissimo rappresentare un' alterazione nutritiva dell' epitelio dei villi, venuta in seguito del restringimento e dell'occlusione dei loro vasi. E quando si considerino le alterazioni degli altri elementi componenti il villo o di quelli circostanti relativi alla porzione materna della placenta, ed i processi degenerativi e necrotici nel mezzo dei quali trovansi le alterazioni in esame nonchè la colorazione diffusa quale siamo soliti riscontrare nei processi regressivi, noi crediamo si possa smettere qualunque dubbio intorno alla data interpretazione.

V. **Metaplasia del tessuto neoformato in cartilagineo ed osseo.**

Sommario. — La dottrina della metaplasia acquista una solenne conferma nella placenta. — Differenza da quanto si è ritenuto fin oggi al riguardo. — Descrizione dei preparati. — Anche la metaplasia conferma l'esistenza della placentite. — Conclusioni.

Tutti sanno come il Virchow (2) abbia stabilito che un tessuto sviluppato, senza uno stadio intermedio di una formazione ricca di cellule, vale a dire di un tessuto germinale o formativo, possa trasformarsi in

---

(1) Sirelius. « Om placenta das utreckling of behandling. » *Healsinfons,* 1861.

(2) Virchow. *Arch.,* VIII Bd. ed ibid. LXXIX Bd.

altro tessuto (1), al quale processo egli ha dato il nome di metaplasia. La trasformazione dei tessuti però va limitata a quelli appartenenti al gruppo delle sostanze connettivali, affini tra loro e derivanti dallo stesso foglietto del blastoderma, interessandone nello stesso tempo gli elementi cellulari e la sostanza fondamentale.

La legge enunciata dal Virchow trova una solenne conferma nella placenta, dove possono benissimo seguirsi le diverse fasi di trasformazione del connettivo neoformato, in tessuto cartilagineo, osteoide ed indi osseo.

E di siffatte trasformazioni non si trova parola negli autori, giacchè per ossificazione della placenta non si è voluto da essi esprimere che quell'apparenza macroscopica derivante dall' indurimento della placenta dovuto o alle infiammazioni sclerotizzanti, od a quelle necrotiche con successivo infiltramento di sali calcarei.

Noi crediamo poter nettamente dimostrare le metaplasie in parola con i nostri preparati. Difatti in qualche punto delle placente alterate sottoposte alle nostre ricerche, Fig. VII ed VIII, si vede come nel connettivo neoformato, che ha subìto la degenerazione ialina, incomincino a comparire delle cavità le quali racchiudono nel loro interno uno o due elementi cellulari, di forma rotonda od ovalare, piuttosto grossi, i quali si colorano intensamente con le nostre sostanze coloranti, mentre che tra esse e la capsula restano degli spazii chiari, quasi trasparenti. La sostanza fondamentale è dappertutto omogenea, ma pure di tratto in tratto mostra ancora un residuo di fibrillatura. In questi spazii non si vedono vasi. In uno stadio più avanzato poi, Fig. VIII, nel mezzo di quella specie di sepimenti di connettivo fibroso, che si colora diffusamente col carminio in particolare, compariscono delle cavità contenenti da due a più cellule nel loro interno, in mezzo ad una sostanza fondamentale ialina che si colora leggermente, ma diffusamente. Nei dintorni di tali trabecole si vedono qua e là delle fessure molto irregolari, nelle quali compariscono già dei sali calcarei. I vasi sanguigni in alcuni punti mancano, in altri sono scarsi. I villi non sono visibili.

In punti vicini, Fig. VIII, la sostanza fondamentale non si colora più così intensamente con le nostre sostanze coloranti e cominciano a

---

(1) Ziegler. *Anat. patol.*, pag. 136.

comparire nell'interno degli spazii chiari delle cellule irregolari nella loro forma, piccole, con protoplasma molto scarso e con numerosi prolungamenti angolosi, che possono rappresentare l'inizio della trasformazione del tessuto cartilagineo in tessuto osteoide, ed indi in tessuto osseo. Neanche qui si vedono vasi nei villi, onde bisogna ritenere o che i villi siano stati distrutti, ovvero che le descritte trasformazioni si trovino nel connettivo dipendente dalla porzione materna della placenta.

Dal risultato delle nostre ricerche noi quindi ci crediamo autorizzati a ritenere come il connettivo neoformato a seguito della lenta infiammazione possa subire nella placenta in un primo tempo, e forse in parte solo, la degenerazione ialina ed indi la metaplasia in tessuto cartilagineo, indi in tessuto osteoide ed osseo.

Ciò che viene ancora in appoggio di quanto siamo venuti fin qui esponendo. La metaplasia di fatti è un processo il quale tiene, diremmo quasi un posto intermedio, tra le degenerazioni e la proliferazione. Egli è vero che in essa si formano nuovi elementi, ma tutti convengono nel classificare la metaplasia tra le alterazioni regressive, sia per la poca vitalità del tessuto neoformato, sia perchè esso non rappresenta se non la sostituzione di un tessuto ad un altro dello stesso gruppo ed in seguito di disturbi nutritivi, ma senza che venisse a sostituirsene o compensare la funzione.

Assai probabilmente anche qui spiega grandissima importanza la disposizione e la quantità dei vasi, onde in seguito delle medesime alterazioni nutritive consecutive al processo infiammatorio, nello stesso organo, anzi in punti non molto lontani l'uno dall'altro, qui si trovano le note delle degenerazioni, là quelle della metaplasia, ed in altro quelle della necrosi.

Noi quindi concluderemo ancora una volta come in tutte le lesioni rinvenute nelle placente morbose per noi non si veda che un solo ed identico processo, l'infiammazione, la quale fa rilevare effetti diversi in rapporto ad una quantità di condizioni, delle quali alcune abbiamo potuto venire determinando, mentre altre ancora ci sfuggono e quindi aspettano da ulteriori studi la loro soluzione.

VI. Infiltrazione calcarea.

Altro esito dei disturbi nutritivi e dei processi regressivi indotti dall'infiammazione nella placenta è il deposito dei sali calcarei nel mezzo del tessuto alterato, dando così luogo alle così dette concrezioni calcaree.

Accenneremo appena tale argomento, possedendone esempii bellissimi nei nostri preparati, ma che già era conosciuto fin da tempi remoti.

Di fatti è per i depositi calcarei a forma di aghi o di stella che, come diceva Depaul, la superficie uterina della placenta dà la sensazione come di sabbia. Qualche autore come il Lobstein giudicò le concrezioni calcaree come ossificazione di vasi, ed il Robin dimostrò come le infiltrazioni avessero luogo nelle cellule della serotina. Il Carestia però riferì di aver rilevato le placche calcaree che prima dicevansi esclusive della superficie materna, anche in quella fetale della placenta ed il Deker citato dal Millet dice aver riscontrato più di 200 noduli calcarei in una placenta, dei quali qualcuno raggiungeva il volume d'una noce. Ercolani ne ha riscontrate in una placenta appartenente a feto morto nel settimo mese della vita uterina e ritenuto per certo tempo nell'utero e dice aver trovato tali concrezioni in fuori dei villi tra gli elementi della serotina. Egli le spiega come deposito di sali, carbonati e fosfati di calce e di magnesia, i quali si trovano in fuori dei villi depositati tra gli elementi della serotina che hanno subìta la degenerazione grassa; non nega però in altri casi siansi osservati i cennati depositi nell'interno dei villi.

Noi soventi volte abbiamo incontrato tali noduli più o meno grossi e più o meno duri quando le placente presentavano le note dell'infiammazione cronica e specialmente nei casi nei quali la morte del feto aveva preceduto la sua espulsione.

Nella Fig. IX chiaramente si vede come nel mezzo di uno di quei noduli fatti da connettivo sclerotico, in mezzo a cui non si rivelano villi e che quindi parrebbe appartenesse alla porzione materna della placenta, si trovi un nucleo calcifico abbastanza voluminoso, fatto da granuli neri, che pare risegga nell'interno di un vaso sanguigno notevolmente inspessito. In qualche altro punto del preparato si vedono la solite placche epiteliali.

Abbiamo esposto solamente il fatto, ma esso per noi non rappresenta altro che uno degli esiti dell'infiammazione sclerotizzante e necrotica della placenta, e nella scienza sono già in buona parte determinate le condizioni che favoriscono l'infiltrazione calcarea. Molto probabilmente le condizioni particolari della circolazione in mezzo a tessuti con poteri nutritivi deboli, o addirittura distrutti può essere la cagione del fatto in esame.

Noi quindi concluderemo il nostro lavoro col dire:

1.º Molti dei processi variamente interpretati dagli autori a noi pare possano rapportarsi all'infiammazione, la quale darà effetti diversi a norma di molteplici condizioni delle quali una parte siamo venuti fin qui analizzando, altre aspettano ancora la loro soluzione.

2.º Ammettendosi l'esistenza dell'infiammazione, poichè essa interessa tutti gli elementi componenti la placenta e spesso a preferenza la porzione materna o fetale, bisogna parlare di placentite, non di sola endometrite.

3.º Le infiammazioni della placenta possono svolgersi in tutte le epoche della gravidanza ed anche al termine di essa, provocando così la morte del feto che ha già raggiunto il suo completo sviluppo.

4.º L'arresto di sviluppo, la denutrizione e la morte del feto si trovano in un rapporto determinato e costante con l'estensione e la gravezza della lesione della placenta. Restano però a fare delle ricerche al riguardo per fissare fino a che punto normalmente al termine della gestazione si modifichi la struttura della placenta ed in quale proporzione si trovino le lesioni di essa con i disturbi provocati nel prodotto del concepimento.

5.º Le infiammazioni placentari quando non si sviluppano nei primi tempi della gestazione e determinano l'aborto, ordinariamente hanno corso lento, ed è appunto per questo che manchiamo ancora dei caratteri clinici per riconoscerle.

Ed ora non ci resta che ringraziare questa illustre Accademia della benevola attenzione accordataci, promettendo di completare l'argomento appena ce lo permetterà il risultato positivo delle nostre ricerche.

BIBLIOGRAFIA.

AYERS. « Studies in the decidua and retained membranes of the ovum. » *Med. Recod.*, ap. 1890. — ACKERMANN. « Der Weisse Infarkt der Placenta. » *Wirchow Arch.*, Bd. 96 e *Deutsche Med. Zeit.*, N. 73, 1884.

BRAUN. *Gesammte Gynaekologie.* Wien, 1881. — BREUS. « Ueber das Mixoma fibrosum der Placenta. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1882, N. 26. — BUSTAMANTE. Thèse, 1868. — BARNES. *Medico-chirurg. trans.*, 1851 e *Britisch and foreign. med. chir. Reviev*, 1854-55-56. — BAYLE. *New-York med. Journ.*, 1886. — BRACHET. *Journ. de med.*, 1828.

CAUWENBERGHE. « Physiologie et Pathologie du Placenta. » Gand 1871. — CHARPENTIER. « Maladies du Placenta et des membranes. » Thèse, 1869. — CRUVEILHIER. « Dict. de méd. et de chir. » Tav. IV, p. 229. — COWAN. *Edimb. med. Journ.*, 1854. — CHAMBORD. *Lyon méd.*, 1873. — CHAMPNEYS. *London obst. trans.*, 1882. — COLUCCI. « Alcuni nuovi dati di struttura della placenta umana. » Napoli, 1886. — CURATULO. « Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice e contributo allo studio dell'origine degli elementi della decidua. » *Annali di Ost. e Ginec.*, 1891, N. 1-2. — CHIARUGI. « Di un uovo umano dal principio della seconda settimana. » *Bull. Scienxe Med.*, Siena 1887. — CLIVIO. « Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi. Torino, 1890.

DE MARTINI. « Sulla struttura e sull'ufficio della membrana decidua. » Napoli, 1847. — DUCHAMP. « Des altérations des villosités choriales. » Thèse 1880. — DUNCAN (Matteo). « Recherches in obstetr. » 1868. — DUBOIS et DESORMEAUX. « Dict. Malad. de l'œuf. » — DUROSIEZ. *Union Médic.*, 1888. — DRUITT. *The Lancet*, 1853. — DE SINETY. *Arch. de toc.*, 1878.

ERCOLANI. « Delle glandole otricolari dell' utero. » Bologna, 1868. - « Sul processo formativo la porzione materna della placenta. » Accad. di Bologna, 1871. - « Struttura anatomica della caduca uterina. » Bologna 1874. - « Sulla varietà del tipo anatomico della placenta. » 1877. - « Sulla gravidanza estra-uterina. » 1878. - « Nuove ricerche sulla placenta. » 1879. - « Delle malattie della placenta. » 1870. — EIGENBRODT ed HEGAR. « Die apoplectische Destruction der Uterusschleimhaut. » *Monat. f. Geb.*, 1863. — ETHERIDGE. *Ann. de Gyn.*, 1885.

FINZI. « Nota preventiva. » *Riforma Med.*, 1870. — FENOMENOW. « Zur Pathologie der placenta. » *Archiv. f. Gyn.*, 1880. — FRAENKEL. *Archiv. f. Gyn.*, 1871. — FARREL. *Philad. Med. Times*, 1874. — FALASCHI. *Sperimentale*, 1888.

GALISSOT. Thèse, 1880. — GREENE. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1880. — GRIFFITTE. « Hyperplasia of chorion stenes, with partial cystose degeneration. « *London Obst. Trans.*, 1882-88. — GABBRIGUES. *Ann. de Gyn.*, 1884.

HAYES. « Fatty Placenta, ecc. » London ecc., 1875. — HEINZ. « Bau und Entwiklung der menschlichen Placenta. » *Archiv. f. Gyn.*, 1888. — HILDEBRANDT. « Mixoma fibrosum placentae. » *Monat. f. Geb.*, 1868. — HEGAR e MAIER. *Virchow Arch.*, 1867. — HERMANN. « Atrophie du chorion. » London ecc., 1885. — HENNING. *Arch. f. Gyn.*, t. VI. « Studien über den Bau der menschlichen Placenta und über ibr Erkranken. » Poi « Beitrage zur Anathomie, Physiologie und Pathologie der Placenta. » — HEGAR. Berlino, 1872.

JOEGER. Thèse de Strasb., 1845. — JOSEPHSON. Thèse, 1873. — JACQUEMIER. *Arch. de méd.*, III serie e « Manuel des accouchement. » 1846. — JACQUET. *Arch. de Phys.*, 1873.

KUSTNER. « Beitr. z. Lehre v. d. Endometritis. » Jena 1883 e in *Muller Hand. f. Geburt.*, 1889. — KUBASSOW. *Zeitsch. f. Geb.*, 1883. — KLEINWACHTER. 1872. — KLEBS. *Monatsch. f. Geb.*, 1865.

LUZI. « Sulla provenienza degli elementi cellulari della decidua. » 1890. — LAWSON-TAIT. « Note on a diseased Placenta. » London ecc., 1876. — LAFONT. Thèse de Montp., 1875. — LABERT. Compt. rend. de la Soc. de Biol. Paris 1852.

MAIER. « Ueber Anat. gewisser Placentarkrankeiten. » *Monat. f. Geb.*, 1868. — MARCHAL. « Dict. de méd. et chir. pratique. » — MATTEI. *Gazz. degli Osp.*, 1864. — MONTROFIT. Soc. anat., 1888. — MAC-LEAN. *Ann. de Gyn.*, 1887. — MAGDONALD. *Brit. Med. Jour.*, 1875. — MARTIN. *Handettes d. Gyn. u. Geb.* Berlino 1878. — MANGIAGALLI. *Ann. di Ost. e Gin.*, N. 2, v. V.

NETZEL. « Malad. du chor. » Stockholm 1886. — NEUMANN. « Ueber die Sklerose der Placenta. » *Konigsb. med. Jahrb.*, 1860.

OEDANNSON. *Arch. f. Gyn.*, 1870.

PALADINO. « Dei primi rapporti tra l'embrione e l'utero nei mammiferi » e « La formazione della placenta nella coniglia ecc. » Assoc. dei Natur. e Med., 1889-90. — PEDICINI. « Nuove ricerche sulla sifilide placentare. » *Prog. Med.*, 1887.

ROMITI. « Sulla struttura della placenta umana e più propriamente sulla natura del rivestimento del villo placentale. » Siena 1880. - Sull' anatomia dell' utero gravido. » *Mem. zool. italiano*, 1890. — RITCHIE. *Edimb. med. Journ.*, 1886. — ROSSIER. « Klinische und histologische Untersuchungen ueber die Infarkte der Placenta. » *Arch. f. Gyn.*, t. XXXIII.

SAXINGER. « Mittheilungen aus der geb. klin. » Trebingen 1885. — SLAVIANSKY. « Zur Lehre von den Erkranknangen der Placenta. « *Arch. f. Gyn.*, 1873. — SPIEGELBERG. *Lehrb. d. Geb.*, 1878-80. — SYM ALLAN. *Edimb. med. Journ.*, 1887. — SCANZONI. *Prager Vierteljahresber*, 1859. — SCROEDER. *Geburtshulfe*, Bonn 1884.

TAFANI. « Sulle condizioni utero-placentali della vita fetale. » Ann. del R. Istit. di Firenze, 1886.

VIRCHOW. *Arch.*, 1861. « Pathologie des tumeurs. »

WINCKLER. *Arch. f. Gyn.*, 1872. — WALDEYER. *Virchow Arch.*, 1868.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

TAVOLA PRIMA.

Fig. I. — Osserv. 1.ª — Infiltramento pervicellulare. Necrosi dell'epitelio dei villi (Hartnack, Ob. 5, Oc. 3).

a-a'-a''. Iperplasia connettivale dei villi nella fase embrionale.

b-b'. Fusione dell'epitelio dei villi in grosse placche polinucleate.

c. Leggiero inspessimento dell'avventizia di un vaso sanguigno.

Fig. II. — Osserv. 1.ª — Infiammazione in uno stadio più avanzato. Necrosi dell'epitelio dei villi (Hartnack, Ob. 5, Oc. 3).

a-a'-a''. Trasformazione fibrosa più inoltrata del connettivo dei villi e della decidua.

b-b'. Vasi sanguigni con inspessimento fibroso delle pareti.

c-c'-c''. Grosse placche epiteliali risultanti dalla fusione dell'epitelio dei villi.

d. Piccolo infarto placentare.

Fig. III. — Osserv. 2.ª — Infiammazione sclerotizzante della placenta materna e fetale (Hartnack, Ob. 5, Oc. 3).

a-a'. Connettivo fibroso iperplastico.

b-b'-b''. Vasi intervillosi a pareti notevolmente inspessite.

c-c'. Villi in via di sclerosi.

d. Incipiente degenerazione ialina.

Fig. IV. — Osserv. 2.ª — Nodulo d'indurimento per infiammazione sclerotizzante (Harnack, Ob. 5, Oc. 3).

a. Faccia uterina della placenta. Notevole inspessimento della decidua.

b-b'-b''. Villi coriali con iperplasia connettivale allo interno.

c. Incipiente formazione delle placche epiteliali.

Fig. V. — Osserv. 3.ª — Vena ombelicale. Endoflebite (Harnack, Ob. 4, Oc. 3).

a. Notevole iperplasia dell'intima.

TAVOLA SECONDA.

Fig. VI. — Osserv. 4.ª — Degenerazione ialina della placenta e metaplasia cartilaginea (Hartnack, Ob. 4, Oc. 2).

a-a'. Connettivo fibroso in via di degenerazione ialina.

b-b'-b''. Porzione materna della placenta.

c-c'-c''. Porzione fetale.

d. Placche epiteliali.

Fig. VII. — Osserv. 4.ª — Degenerazione ialina della placenta e metaplasia cartilaginea (Hartnack, Ob. 5, Oc. 3). Id. del precedente a più forte ingrandimento.

a. Connettivo fibroso in degenerazione ialina.

b. Metaplasia degli elementi cellulari connettivali in cartilaginei.

c-c'. Degenerazione ialina della porzione fetale della placenta.

d-d'-d''. Placche epiteliali.

Fig. VIII. — Osserv. 3.ª — Metaplasia del tessuto connettivale neoformato in cartilagineo, osteoide ed osseo (Hartnack, Ob. 7, Oc. 3).

a-a'. Capsule cartilaginee con cellule cartilaginee.

b-b'. Sostanza fondamentale omogenea.

c. Incipiente calcificazione di detta sostanza.

d-d'. Corpuscoli ossei contenenti cellule ossee.

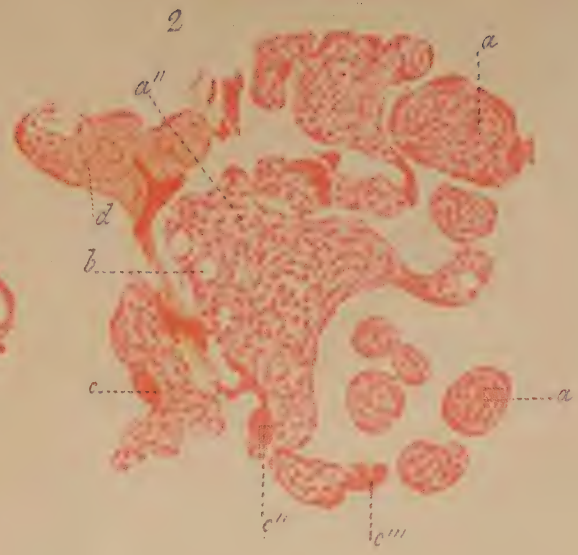
Fig. IX. — Osserv. 3.ª — Infiltrazione di sali calcarei (Hartnack, Ob. 7, Oc. 3).

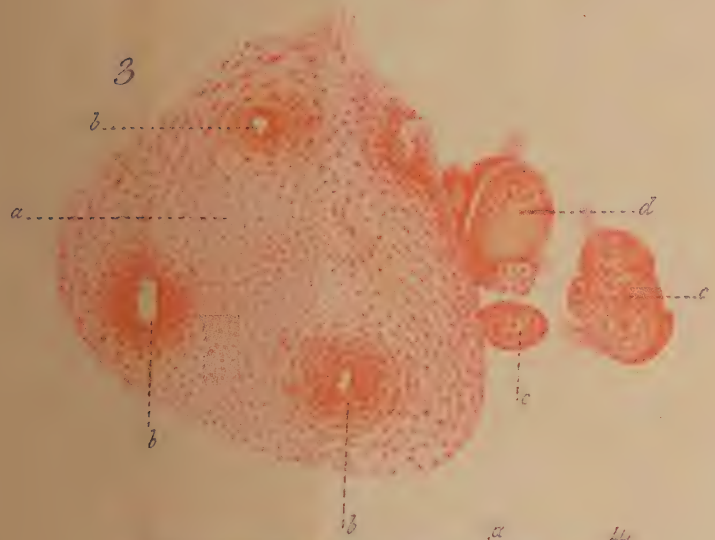
a. Connettivo sclerotico della placenta materna.

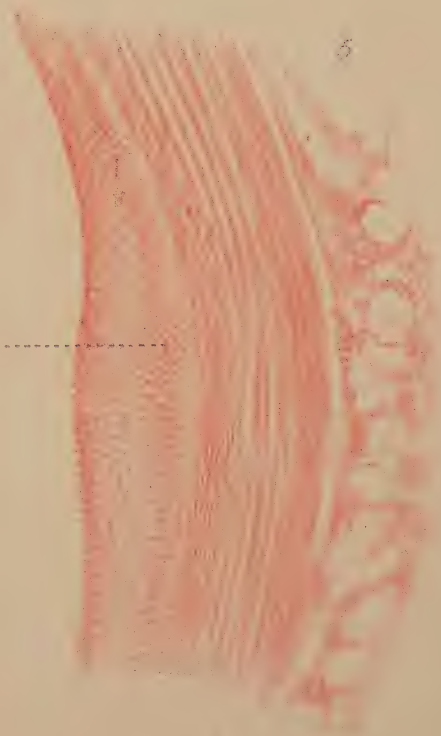
b. Nucleo calcifico con le pareti di un vaso sanguigno.

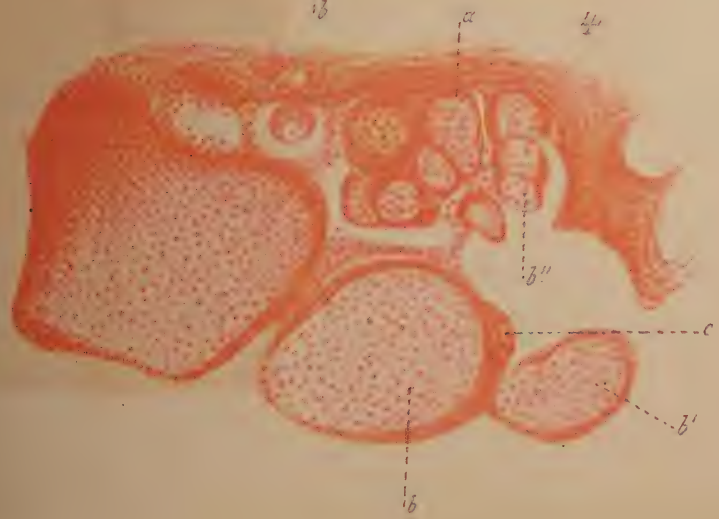
c-c'-c''. Inspessimento fibroso delle pareti dei vasi sanguigni.

d-d'. Placche epiteliali.



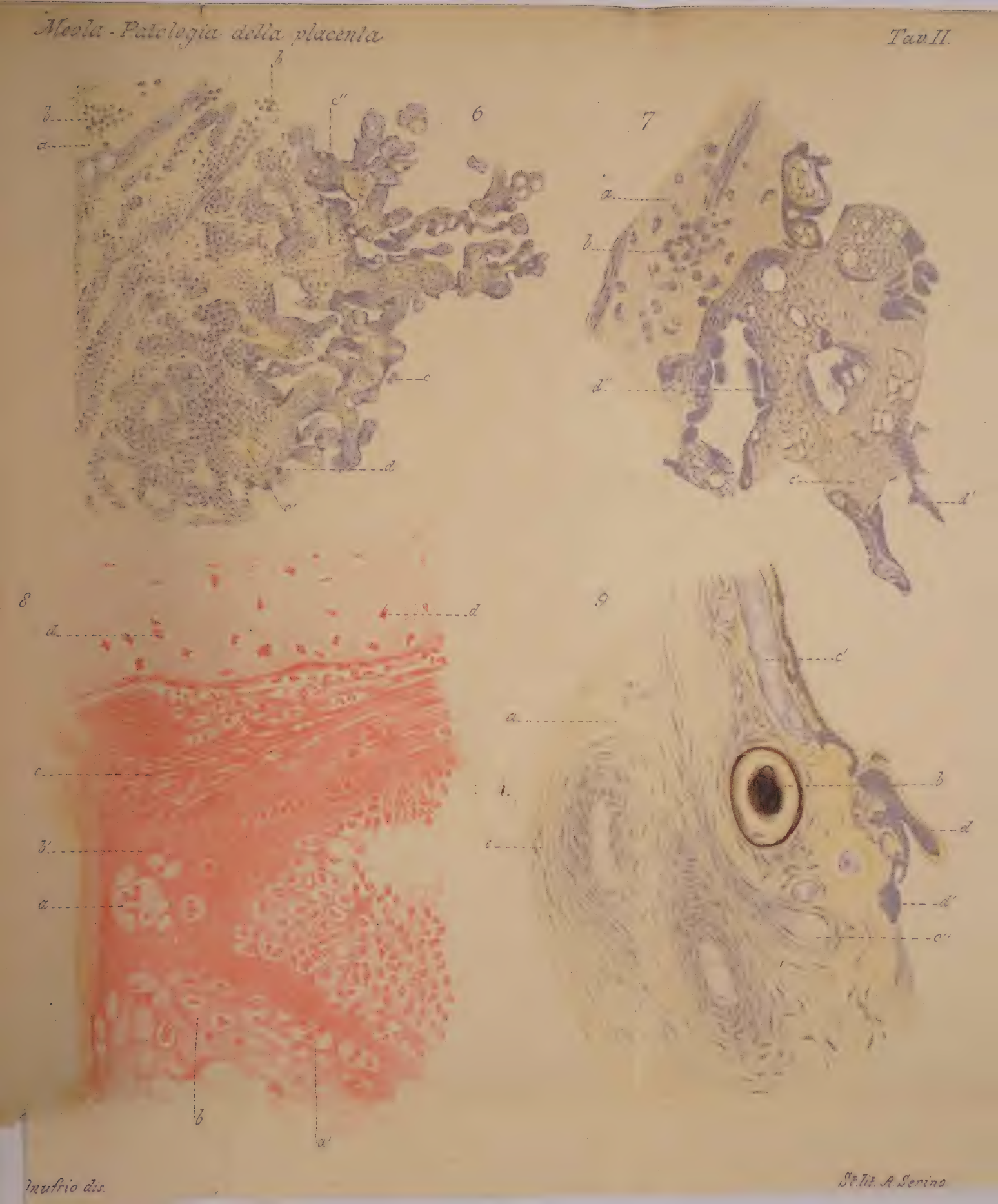






S. Onofrio dis. Stlit. A. Serino - Napoli

92



Inufrio dis. St. lit. A. Serino.

Un caso di operazione cesarea alla Porro

PER IL

Dott. GIOVANNI PICCININI

Direttore della Maternità di Trastevere (Roma).

La sera del 22 maggio 1891 fu condotta alla Maternità la nominata Maria M. in travaglio di parto da 3 giorni. Chiamato d'urgenza, trovai una primipara di 35 anni, con segni di patita rachitide, che aveva deformato specialmente gli arti inferiori e la pelvi, in cui riscontrai le seguenti misure:

Diametro { spine 22
creste 24
trocanteri 28

Conjug.ª est.ª 17. 5.

Le misure pelvimetriche indicavano una ristrettezza di 2.° grado; ma col dito in vagina si sentiva che i corpi degli ischi e le spine ischiatiche erano talmente ravvicinate da rendere minimo lo spazio all'egresso pelvico. La conjug.ª diagonale era di millim. 90.

Testa libera sull'ingresso — dorso a sinistra — battiti cardiaci normali — collo dilatato appena di 3 centimetri — membrane integre.

Il gran labbro sinistro è molto gonfio, e sulla parte sinistra della vagina vi è un seno fistoloso, da cui colla pressione esce del pus sanioso. Risulta dalla storia che fin dal principio della gravidanza le si formò un ascesso, apertosi spontaneamente e non mai chiuso. La mancanza di cura e di ogni nettezza spiega la persistenza della suppurazione e della decomposizione del secreto. Previa antisepsi della vagina, aprii il seno fistoloso e cauterizzai la cavità ascessuale.

Le indicazioni del caso erano per la craniotomia o per la operazione cesarea; esclusa la craniotomia per il principio che già sostenni in

altra mia comunicazione (1), non restava che la operazione o cesarea conservatrice o alla Porro. Siccome però il canale vaginale era infetto, e con tutte le disinfezioni io doveva considerare questa via come sospetta e siccome la ristrettezza della sezione inferiore della pelvi era tale da farmi convinto che la donna, nemmeno col parto prematuro, avrebbe potuto avere feti vivi, mi decisi per l'operazione alla Porro. I dottori Piccirilli e Bompiani, che assistettero anche all'atto operativo, convennero in questa indicazione.

L'operazione fu eseguita, estraendo l'utero col metodo Müller; al taglio si trovò la placenta previa, che fu rapidamente scollata, estraendo il feto, vivo, per i piedi. — Legatura elastica del peduncolo e trasfissione coll'ago di Tait: sutura del peritoneo parietale con quello del peduncolo: cauterizzazione del moncone con soluzione di cloruro di zinco al 10 0[0.

Cloroformizzò il dott. Rocchi — assistè il dott. Bastianelli.

Seguiti post-operatori senza incidenti. — Caduta del moncone al tredicesimo giorno. — Al quarantesimo la donna uscì dalla Maternità del tutto guarita.

Rivedutala dopo 3 mesi, il suo stato era completamente soddisfacente.

---

(1) *Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1890, N. 8-9.

RASSEGNA

Osped. Umberto I in Torino, Sez. chir. — Dott. Fantino Gius., assist. — **Quattro casi di gravidanza extra-uterina operati con successo dal dott. Carle.** — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 7, 8, 9 e 10, 1891.

Quattro laparotomie per gravidanza extrauterina eseguite dal dott. Carle nella sezione chirurgica dell'Ospedale Umberto I in Torino nel breve periodo di quattro mesi, hanno fornito al dott. Fantino l'opportunità di un' ampia rivista pratica delle questioni riguardanti l'argomento tuttora tanto e tanto seriamente discusso della Laparotomia per gravidanza extrauterina. Tali casi riescono importanti per l'esito sempre felice per la madre malgrado la diversità dell' epoca della gravidanza a seconda della quale la gravidanza stessa esige uno speciale trattamento.

Nel primo caso si trattava di gravidanza tubarica giunta al 4.° mese, con feto morto da due mesi mentre l' ammalata, colpita da quella forma speciale di setticemia che Duncan e Rosenbach chiamarono saproemia, aveva raggiunto temperature di 40.° 41.° 5 e perfino di 42.° 1. Si estrasse la placenta lasciando solo una parte del sacco che non si poteva esportare e si applicò un drenaggio alla Mikulicz.

Nel secondo caso si trattava di feto a termine, morto da due mesi (gravidanza tubarica, rottura avvenuta dalla 11.ª alla 13.ª settimana e ulteriore sviluppo nel sacco di nuova formazione). Anche qui si estrasse la placenta, si suturò la porzione di sacco che non si potè esportare alla parete addominale, e si zaffò la cavità con garza iodoformica.

Il terzo fu un caso di gravidanza tubo-addominale interrotta due mesi prima dell'atto operativo. Si esportò tutto il sacco colla tromba e l'ovaia, si fece la toeletta del bacino e si applicò il drenaggio alla Mikulicz.

Nel quarto caso essendosi fatta diagnosi di ematosalpinge sinistra con perimetrite, si praticò la salpingo-ovariectomia bilaterale: la tuba sinistra conteneva un'embrione di circa 4 settimane.

Esposti i casi clinici, l'A. li discute largamente: si dimostra partigiano convinto della laparotomia esplorativa, dell' intervento pronto in qualsiasi epoca la gravidanza venga diagnosticata, condotta che implica ordinariamente il sacrificio

del feto, e nella prima metà della gravidanza è favorevole alla completa esportazione del sacco sia questo integro o no, nella seconda metà, in cui ciò è raramente possibile, sostiene doversi cercare di estrarre subito la placenta quando si è sicuri di poterlo fare senza pericolo, lasciando in caso contrario che il distacco avvenga spontaneamente.

Dott. R. Polacco.

Ch. Audry. — **Du traitement des grossesses extra-utérines par la laparotomie.** — Paris 1890.

Accennati anzitutto i limiti del suo lavoro che deve trattare dello studio delle gravidanze extrauterine curate mediante laparotomia dal 1886 in poi (quindi dopo i lavori di Werth, 1886, e la tesi di Maygrier), l'A. nota che egli riserva il nome di laparotomia ad ogni operazione cruenta per la quale si raggiunga la cisti fetale traverso una incisione addomino-peritoneale.

Si possono in pratica accettare come esatte le regole di Lawson-Tait secondo il quale tutte le gravidanze extrauterine sono in principio tubarie, e quelle di Veit che sostiene la tromba rompersi ordinariamente al 6.° mese.

Bisogna ancora fare due divisioni e cioè: *a*) laparotomie praticate per gravidanze extrauterine di meno di 5 mesi e *b*) di più di cinque mesi e inoltre:

a) cisti fetale integra

b) cisti fetale rotta.

A cisti fetale integra ed a gravidanza che non superi i 5 mesi l'intervento si può considerare come assolutamente benigno, ed il solo ostacolo alla attuazione di un intervento che può dirsi brillante e salutare, sta nella difficoltà di istituire la diagnosi per quanto l'A. in questi casi riconosca la convenienza e la utilità della laparotomia esplorativa.

A cisti fetale rotta le circostanze sono ben più gravi per quanto varia possa essere la causa di tale gravezza (emorragia-peritonite), ma anche in questi casi si operi subito.

In gravidanze giunte oltre il 5.° mese bisogna dividere quelle in cui si operò a feto morto e quelle in cui si estrasse o si volle estrarre un feto vivo; i metodi operativi, che sono due, sono sostanzialmente gli stessi, cioè incisione, togliendo o no la placenta (meglio lasciarla), ed estirpazione del sacco, ma questa, difficile sempre, è assai più difficile a feto vivo per la facile e grave emorragia, e quanto più avanzata è la gravidanza, perchè il sacco di un feto a termine è ben raramente isolabile.

L'A. cita un caso da lui curato secondo le idee suesposte (gravidanza pressochè a termine — laparotomia — espulsione lenta e spontanea della placenta putre-

fatta dopo 15 giorni) e termina accettando come esatta e rigorosa la proposizione di Veit: « La gravidanza ectopica è un tumore maligno e dev'essere curato come tale. »

R. Polacco.

O. Morisani. — **Sopra un caso non frequente di distocia fetale.** — *Giornale intern. delle scienze mediche*, N. 4, 1891.

Nel giorno 26 giugno 1890 entrava nella Clinica di Napoli una donna, l'esame della quale dava per risultato: conformazione buona, gravidanza alla fine del sesto mese, in travaglio di parto prematuro da 5 giorni, parte pres. al distretto sup. del bacino in posizione sacro-anteriore diretta, addome enormemente disteso da collezione liquida, feto morto. Praticata, mediante l'uncino acuto la perforazione del ventre e lo svuotamento del liquido, il seno dell'uncino si appoggia sulla cresta iliaca del lato destro, e con moderate trazioni viene estratto un feto maschio, prematuro, mostruoso, i cui caratteri principali sono la enorme distensione della vescica urinaria, la mancanza degli organi genito-urinarii esterni e del retto, e la comunicazione con la vescica del tratto inferiore dello intestino.

Nelle proprie considerazioni l'A. nota anzitutto il vantaggio della perforazione eseguita coll'uncino anzichè col trequarti; infatti l'uncino avrebbe dato esito al liquido, ed avrebbe avuto un punto di appoggio solido sopra una regione della pelvi fetale affine di estrarre il feto con efficaci trazioni ove esse fossero state necessarie. Cerca poi di indagare quali alterazioni si siano verificate nello sviluppo degli organi genito-urinarii di questo feto e in quale epoca della vita entro-uterina si sia arrestata la evoluzione embrionaria di detti organi, e constata che non ebbe luogo la depressione del foglietto esterno del blastoderma dalla quale deriva la comunicazione esterna del serbatoio cloacale e mancò per conseguenza l'orifizio ano-genitale. Apparve il tubercolo genitale, rudimento dell'asta, ma rimase nello stato rudimentale, non si formò il solco genitale nè la gronda sotto-peniena da cui avrebbe dovuto nascere la porzione corrispondente dell'uretra, nè le due pliche si saldarono per formare lo scroto. Tali fatti dimostrano come lo sviluppo degli organi genitali in questo feto siasi arrestato presso a poco alla sesta settimana della vita entro-uterina.

A proposito dello sviluppo enorme della vescica l'A. viene in ultimo ad esaminare quale valore abbia l'opinione di coloro i quali ammettono che la evacuazione dell'urina nel cavo amniotico durante la vita entro-uterina fornì la maggior parte del liquido amniotico e viene a concludere che dai casi patologici (vizii di conformazione delle vie urinarie), non è permesso per ora affermare che nella vita endouterina si verifichi in modo continuo ed incessante la escrezione dell'urina nel sacco dell'amnios in guisa da costituire la parte maggiore del liquido amniotico.

R. Polacco.

Dott. Ralph Worrall. — **Ectopic Gestation complicating Normal Pregnancy; Abdominal Section; Recovery** (*Gravidanza ectopica complicante una gravidanza normale, laparotomia-guarigione*). — *The British Gynaecological Journal,* may 1891.

Dopo di aver fatta la storia dell'ammalata, donna di buona costituzione, pluripara, ne descrive l'addome che era occupato da un tumore che arrivava a due dita sopra l'ombelico. Un solco lo divideva in due parti quasi eguali, quella a sin. era ben delineata, dura, nodulare, non dolente, leggermente spostabile, quella di destra mal declinata, molle, elastica e regolare, pure indolente e poco mobile. Per vagina si trovava il tumore di destra in continuazione del collo che era molto spostato a sinistra, quello di sinistra spinto molto in alto fuori della pelvi, tanto da raggiungerlo a stento. Il sentirsi inoltre a destra i battiti ed i moti fetali mostrava chiaro che eravi un feto vivo nell'utero, mentre a sin. parve chiaro all'A. d'aver a che fare con un feto ectopico che trovavasi nel ventre materno da circa due anni. Eseguì la laparotomia facendo un taglio a sin. lungo la linea semilunare colla speranza di evitare, secondo Tait, di aprire la cavità peritoneale. Questo caso si mostrò eccezionale pel fatto che il feto si era sviluppato nel foglietto posteriore del legamento largo. Aperto il peritoneo si presentò l'omento che era estesamente aderente alla faccia anteriore del sacco: venne legato ed esportato. Aperto il sacco ne sortì considerevole quantità di liquido denso, giallastro che sembrava una mistura di vernice caseosa e meconio, inodora. Il feto si presentava pel dorso e venne tolto senza difficoltà. La placenta sembrava incorporata col sacco alla sua parte più bassa ed interna, in intima connessione coll'utero. Le aderenze impedirono d'estrarre il sacco. Sutura senza drenaggio. Il feto pesava libbre 4 1[2. Il giorno dopo s'iniziò il parto e appena s'ebbe dilatazione sufficiente s'applicò il forcipe onde evitare trazioni sulla ferita che si riunì bene, ma dopo 7 giorni si trovò la medicazione impregnata di materie saniose che attraverso ad un punto di sutura venivano dalla cavità del sacco, un'incisione fece sortire mezza pinta di pus, lavatura e drenaggio. La perdita andò poco a poco scomparendo ed il sacco si contrasse così che la paziente lasciò l'Ospitale restandole solo un piccolo seno che in seguito si chiuse. La diagnosi di gestazione ectopica dopo la morte del feto a termine, presenta, come è ammesso da tutte le autorità, difficoltà eccezionali. In questo caso la diagnosi era inoltre complicata dalla presenza di un feto di sei mesi vivo nell'utero, lo credo un caso unico quanto all'intervento.

Piazza.

AVVISO.

A datare dal 1.° Gennaio 1892 tutto quanto riguarda l'Amministrazione deve essere mandato alla Tipografia Lodovico Felice Cogliati *(Via Pantano, 26 - Milano)* e tutto quello che riguarda la parte tecnica del Giornale, cioè corrispondenze, memorie, riviste, ecc. si continueranno a dirigere al Prof. Luigi Mangiagalli *(Via Asole, 4 - Milano)*.

H. Dorfler in Weissenburg a. S. — **Die intrauterine Clorzinkätzung bei der Behandlung der chronischen Metritis und Endometritis** *(La causticazione endouterina al cloruro di zinco nella cura delle metriti e delle endometriti).* — *München. Med. Wochenschr.*, n. 12, 1891.

Ritiene l'A. che al metodo di Rheinstaedter di Colonia non si sia prestata tutta la necessaria attenzione e che la grande utilità pratica di questo rimedio meriti una attenta e spassionata disamina. Parla rapidamente del modo col quale si deve cauterizzare l'endometrio usando una soluzione di Zn. Cl. ed Acq. dist. $\overline{a\ a}$ p. c. Posta la paziente nella posizione dorso-pelvica, messo allo scoperto e fissato il collo uterino, riconosciuto il decorso del canale cervicale mediante una sonda ordinaria, si asciuga con del cotone fissato ad una sonda di alluminio il canale cervicale dalle mucosità e dal sangue, poi un'altra sonda pure d'alluminio e pure coperta da cotone viene bagnata nella soluzione di cloruro di zinco e, facendola scorrere rapidamente nel canale cervicale si lascia a contatto dell'endometrio per circa un minuto. Si deve scorrere rapidamente nel canale cervicale perchè la contrazione di questo non imprigioni la sonda, e dopo estrattala, si deve praticare una buona lavatura vaginale e l'applicazione di un tampone glicerinato contro l'orificio uterino per evitare la causticazione della vagina. Per evitare le parametriti si faranno giacere a letto le pazienti nel giorno della cauterizzazione e nella notte successiva. Un grande vantaggio di questo metodo consiste nella sua facile esecuzione anche da parte di medici non provetti nelle manualità ginecologiche, mentre è veramente importante la sua assoluta innocuità; l'A. non ebbe mai alcuna conseguenza spiacevole, e lo stesso Rheinstaedter che eseguì la cauterizzazione col Zn. Cl. parecchie migliaia di volte, lo considera come assolutamente innocuo.

È utile avvertire le pazienti che uno scolo purulento abbondante consegue alle causticazioni, le quali poi, secondo il Rheinstaedter, si debbono praticare una o al massimo due volte per settimana e sospendere da 5 giorni prima fino a 4 dopo il periodo mestruale: basta praticarne 10 o 12 al massimo.

La mucosa così fortemente modificata può rigenerarsi completamente ben presto, come lo provano i casi di pronta conseguente gravidanza; ma non è solo sulla mucosa che si esplica l'azione del caustico; l'aumentato afflusso di sangue, le forti contrazioni indotte nella muscolatura uterina hanno su questa conseguenze assai favorevoli.

L'A. sperimentando in casi di metrite cronica e di endometrite ebbe di mira il miglioramento di sintomi nervosi, di gravi perdite emorragiche, di debilitanti leucorree, la guarigione di sterilità ostinate.

Sperimentò in 17 casi con 72 causticazioni (da una a sei per ogni paziente) ed ebbe risultati oltremodo soddisfacenti, tantochè non esita a proclamare la grande indiscutibile efficacia di questo mezzo curativo nei dolori addominali o sacrali, nelle emorragie, nelle leucorree, nella sterilità aggiungendo che solo in pochissimi casi manca l'effetto desiderato.

Dott. R. Polacco.

Dott. Dunbar Hooper. — **Case of pelvic haematoma treated by Abdominal Section** *(Caso di ematoma pelvico curato colla laparotomia).* — *The British Gynaecological Journal,* May 1891.

Donna di 33 anni, maritata da due anni, non fu mai gravida. Mestruazioni regolari per epoca e quantità, ma eravi sempre dismenorrea nel giorno che precedeva la mestruazione e nel primo di essa. Il dolore era situato al lato destro ed in basso nel ventre. In marzo 90 la mestruazione si mostrò in ritardo di 3 giorni, con minori dolori del solito, perdita scarsa e che continuò 14 giorni durante i quali la paziente ebbe due volte vivi dolori a destra. 8 giorni più tardi fu presa da acuti dolori al basso ventre a destra ove si formò una tumescenza. L'A. fece diagnosi di 1.ª pelviperitonite acuta; 2.ª ematoma del legamento largo di destra dovuto a rottura di una vena o a gravidanza estrauterina di 3 a 5 settimane nel legamento largo. Dopo due settimane il tumore era aumentato di volume e fissato da aderenze, la paziente era migliorata nel generale e la temp. variava poco dal normale. Fu operata due mesi e mezzo più tardi durante il qual tempo fu mestruata due volte con pochi dolori: si trovò un tumore che sembrava una cisti tesa fra l'ovaio destro ed il fondo uterino nel legamento largo. Venne separata dall'intestino aderente in tre punti, dall'utero, dalla vescica e dalla fascia pelvica. La cisti si ruppe e ne sortì sangue coagulato (coaguli di vecchia data ed altri più recenti, nessuna traccia di placenta o di embrione). La cisti formata solo dai due foglietti del legamento largo ispessiti e dalle aderenze venne esportata a pezzi, lavatura del peritoneo e chiusura dell'incisione senza drenaggio. Guarigione rapida.

L'A. ritiene il caso degno di nota perchè dalla data dell'emorragia con peritonite all'epoca dell'operazione erano scorse quasi 11 settimane. Se si fosse trattato di rottura di una gravidanza tubarica si avrebbe avuto emorragia maggiore. Stabilisce la sua diagnosi su due fatti: 1.º l'estensione limitata del tumore che spostava i due foglietti del legamento largo; 2.º la sua situazione in avanti ed in alto e non nella porzione retro-uterina del peritoneo. Aspettò ad operare perchè la paziente migliorava in salute, ma si teneva pronto ad intervenire se fosse ricomparsa l'emorragia.

La mancanza del feto non escluderebbe la gravidanza ectopica a 3-5 settimane avendo Tait ricordato casi nei quali il feto non venne trovato, ma è chiaro che qualche traccia di decidua è necessaria per stabilire la diagnosi. Ritiene che il suo caso sia più probabilmente uno di ematoma pelvico dovuto a rottura di una vena nel legamento largo durante la congestione mestruale, ritenendo la dismenorrea precedente dovuta alla tensione venosa delle epoche; tolta questa le mestruazioni successive furono meno dolorose. L'operazione era giustificata dalla diagnosi e dalla probabilità della gravidanza extrauterina che anche ora non è dimostrato non esistesse.

PIAZZA.

ROBERT BELL. — **The treatment of chronic disease of the uterine adnexa** (*Cura delle malattie croniche degli annessi uterini*) — *The British ginaecological Journal*, May. 1891.

L'A. che fu per tanti anni contrario all'operare in tali malattie, confessa ora che in molti casi avrebbero potuto essere risparmiate gravi sofferenze se si fosse ricorso all'operazione nei primordi del male. Ritiene d'obbligo l'intervento operatorio quando si sia fatta la cura medica per un lungo periodo di tempo senza vantaggio. Però mentre invoca il chirurgo in una certa classe di casi, ed è convinto che il solo chirurgo può arrecare la salute, è pure convinto che la maggior parte di tali malattie può essere curata dal medico. Nell'anno decorso l'A. ebbe a curare più di 200 casi di malattie degli annessi e solo in 7 trovò necessario l'intervento chirurgico. Ritiene che nè le malattie della tromba, nè quelle dell'ovaio tendano a svilupparsi senza che vi sia qualche preesistente affezione uterina, e se tale malattia persiste bisogna dedurne che non ci sarà tendenza da parte dell'ovaio o della tromba a guarire, mentre si potrà aspettarsi qualche probabilità di risoluzione negli annessi se si toglierà la malattia prima, ed è su questo principio che si basa il metodo di cura.

Lascia da parte i casi da lui designati come traumatici nei quali include la gonorrea. Rivolge in primo luogo l'attenzione alle condizioni dell'utero e delle intestina ritenendo parte essenziale della cura il mantenere vuoto il retto. Quanto all'utero se vi è endometrite si tratterà col raschiamento, poi ogni una o due settimane si applicherà a tutta la cavità uterina del fenolo iodato ed in vagina un tampone con glicerina ed allume ed acido borico. Se l'utero è spostato lo si raddrizzerà e si sosterrà col tampone, sarà necessaria la trachelorrafia nelle lacerazioni del collo o si richiederà l'amputazione del collo. Se i disturbi pelvici persistono dopo che l'utero è guarito, ciò che confessa arriva spesso, è necessaria molta pazienza, è necessario il riposo fisico e sessuale ed insieme al riposo fisico

il massaggio è molto utile. Se vi sono aderenze si devono rompere di frequente col massaggio per vagina prima d'introdurre il tampone che in tali circostanze è imbevuto in una soluzione al 10 0[0 di ittiolo in glicerina ed acido borico il quale permette che il tampone resti per tre giorni in posto senza alterarsi. L'ittiolo è il più potente risolvente. Con tale cura è riuscito ad ottenere molte guarigioni e cita un caso in cui da altro ginecologo era stata proposta l'operazione di Battey. PIAZZA.

Adjourned Discussion on dott. Robert Bell's paper « The treatment of Chronic Disease of the Uterine Adnexa. » — *The British Gynaecological Journal*, August 1891.

M. BOWREMAN JESSETT. — Vi sono differenti cause di invalidismo, risultato della irritazione o malattia delle ovaia od appendici, che in certi casi sono dovute a condizioni riflesse prodotte o mantenute da ovarite o salpingite causate da sepsi dopo un parto, gonorrea, lacerazione della cervice, endometrite. Da ultimo può esservi malattia attuale delle ovaia. È assolutamente necessario per concludere di differenziare queste diverse classi. È chiaro che vi è un invalidismo dovuto ad irritazione delle ovaia da erosioni o lacerazioni della cervice e simili, che è curabile col riposo e col combatterne le cause. Vi è un'altra classe chiaramente causata da malattie degli annessi che termina colla pazzia, istero epilessia ecc. Queste due forme di neurosi sono ben distinte. Nell'ultima forma se si toglie la causa dell'irritazione, ossia ovaia ed appendici, è probabile che la paziente guarisca mentre nell'altra classe tale operazione non è necessaria perchè se si toglie la causa dell'irritazione ovarica questa cesserà. Ritiene la malattia e non l'operazione che priva di sesso la donna. Certo nessun chirurgo toglierà gli annessi prima di aver provato il riposo e la cura generale, ma non vuole che questo periodo di prova sia troppo prolungato, altrimenti il sistema nervoso della paziente subirà alterazioni e se allora si avesse a fare l'operazione occorrerebbero anni prima che possa rifarsi dell'invalidismo. Riguardo a quei casi nei quali esiste malattia attuale degli annessi, egli non può comprendere che vi possa essere diversità di opinioni e che devono essere rimossi.

Dott. MANSELL MOULLIN. — Egli pure ritiene precetto che prima di operare si debba lasciar trascorrere un tempo ragionevole nel quale la paziente possa guarire. Espone il sospetto che i 200 casi in un anno siano un'esagerazione e che l'A. abbia confuso il sintomo colla malattia, tanto più che solo sette casi dovettero essere operati. Crede che se il dott. Bell volesse lasciar in riposo le sue pazienti per qualche tempo, anche senza cura di sorta, otterrebbe gli stessi brillanti risultati che dice di aver ottenuti colla medicazione intrauterina.

L. Tait. — Vorrebbe che il dott. Bell avesse a definire la frase che ha impiegato più di una volta nella sua comunicazione, che cioè il chirurgo ha il coraggio di privare di sesso la donna. È su questa frase che sono basati la maggior parte degli argomenti contro l'operazione. Quanto alla relazione fra morte e sofferenze delle pazienti lasciate a sè, e morte e sofferenze delle operate la dimostrano le statistiche: il dott. Fowler dà la mortalità delle non operate al 50 0[0 ed il dott. Lewers la dà poco al di sotto. Nelle malattie degli annessi uterini il vecchio metodo di cura, il riposo, non può essere a lungo impiegato per la semplice ragione che non siamo in grado di prevenire l'attività fisiologica di questi organi. Per quanto riguarda la quistione del privare di sesso la donna dice che le relazioni sessuali della donna sono di tre categorie: come donna, come moglie, come madre. Se l'operazione l'avesse a privare di sesso in tutte e tre le condizioni, sarebbe invero una cosa seria. Se solo avesse a distruggere due delle funzioni per beneficare la terza, l'A. dubiterebbe se l'operazione fosse giustificata. Ma vi sono almeno due di queste condizioni nelle quali la donna è privata di sesso prima che intervenga il chirurgo: la sua funzione come madre è scomparsa e le relazioni sessuali sono impossibilitate. Quanto alla terza la donna è una povera invalida senza speranza. Operata con successo riprende in poche settimane il suo posto in società. Quasi invariabilmente è ridonata al marito e in relazione a questo punto l'A. dice che quelli che mantengono che l'appetito sessuale è abolito parlano di cosa che non conoscono. A volte è sospeso per mesi, ma questo è esattamente quanto succede nella menopausa normale. Supposto che fosse assolutamente distrutto, dice che l'uomo il quale vuol portare questo argomento per rifiutare l'operazione a una donna che soffre le agonie della malattia tubarica è nè più nè meno che un bruto. In alcuni casi ben lontano dal distruggere l'appetito sessuale, l'operazione l'ha di molto esaltato. I rimarchi più interessanti sono quelli che riguardano l'operazione nelle malattie nervose, egli stesso l'ha eseguita in pochi casi come tentativo. Per quanto riguarda i miomi la rimozione delle appendici è operazione stabilita. Fu inoltre ammesso essere operazione indicata nelle affezioni di carattere infiammatorio cronico nelle quali le sofferenze sono così gravi da giustificarla quando gli altri mezzi di cura hanno fallito. Nel terzo gruppo di casi crede si possa esperimentarla quando non vi sia alcuna malattia uterina od alcuna alterazione nelle appendici che *per sè* la giustifichi. Bisogna scegliere molto cautamente i casi in cui i disordini nervosi sono così intimamente associati colla funzione mestruale da garantire la speranza che ponendo fine alla mestruazione abbiano a diminuire e cessare. Si deve andar molto cauti nella scelta dei casi, prima di tutto perchè in un operazione, quando non vi è minaccia diretta della vita non si deve avere mortalità, ed una mortalità che si avvicini al 5 0[0 sarebbe fatale all'argomento. L'A. ha risultati favorevoli e ne cita due casi.

Dott. Fenton. — Dice che egli che ha una delle più grandi Cliniche in Londra, è ancora lontano dall'avere 200 casi nei quali si dovesse ventilare la questione di operare o no. Le malattie che terminano con salpinge sono principalmente i casi nei quali la cura appropriata è la rimozione degli annessi. È assurdo che un uomo possa parlare di privar di sesso la donna tanto più che le funzioni sessuali sono probabilmente già mancanti dapprima. Alla peggio qualche passione sessuale può essere diminuita. È la donna privata di sesso se rimane nubile e non pone in esercizio queste funzioni, o è privata di sesso dopo la menopausa? Ricorda un caso nel quale tolse le appendici in donna soggetta a periodici attacchi di violenza in uno dei quali ruppe una costa al marito.

M. Mayo Robson. — Crede che la grande differenza sembra esistere in ciò che s'intende per malattie delle appendici. Mentre alcuni vogliono adottare sempre una cura palliativa prima di ricorrere all'operazione, altri operano nei primi periodi. Cita tre casi in cui ha operato. Questi casi comprendono quattro classsi:

1.° Quando vi è un tumore nella pelvi colla storia di sintomi dolorosi da lungo tempo. In questi casi non esita a proporre l'operazione se i sintomi sono gravi, qualunque sia la natura del tumore, eccetto i casi di ematocele recente.

2.° Casi di tumori uterini. Riguardo a questi l'elettricità gli diede risultati non soddisfacenti — la rimozione degli annessi è operazione più sicura.

3.° Infiammazioni croniche e 4.° operazioni di Battey. Quanto a quest'ultima operazione è difficile determinare quando è giustificata. Lo sarà solo dopo l'attenta considerazione di tutti i sintomi medici, psicologici e chirurgici. Egli ebbe circa 70 casi di rimozione delle appendici e sebbene tutte fossero intraprese per togliere organi ammalati, non ebbe mai un caso di morte. Quanto al risultato ultimo dice che bisogna essere pazienti.

Dott. Heywood Smith. — È errore parlare di ovaia ed ovidotti quali appendici od annessi uterini. L'ovaio deve essere elevato al posto dell'organo più importante della pelvi femminile perchè è il centro attorno al quale l'intera economia della donna si innalza come agente di riproduzione. Uno degli argomenti che ci decidono a raccomandare l'operazione è la posizione sociale della paziente: la ricca può aspettare e provare i vari rimedi, mentre la povera non lo può ed è dovere del medico di scegliere la via che nel tempo più breve può ridonarle la salute.

Dott. Bantock. — Vi sono tre differenti aspetti sotto i quali si può vedere la questione del privar di sesso la donna: 1.° quanto alla procreazione; 2.° quanto all'esercizio delle passioni sessuali; 3.° quanto alla funzione mestruale. Ogni donna le cui tube sono chiuse da piosalpinge, idrosalpinge, ematosalpinge, salpingite acuta con adesione delle fimbrie, cistoma d'ambedue le ovaia od ovarite doppia cronica è in realtà privata di sesso quanto al primo punto. È stato dimostrato ripetutamente che la rimozione delle appendici non distrugge il secondo

ed egli recentemente ebbe un caso nel quale la rimozione dell'intero utero e degli annessi di sinistra in una giovane donna maritata non lo influenzò anche dopo la riproduzione della malattia nella cicatrice. Quanto al terzo punto crede che nessuna donna piangerà la sua scomparsa. È del parere che non si debba parlare di operazione radicale sino a che la cura medica non sia stata tentata a fondo e senza risultato. Molto dipende anche dalla condizione sociale della paziente. Egli pure è del parere del dott. Bell che molte donne private delle ovaia potrebbero averle ancora. Questi sono casi di errore di diagnosi. Non è però del parere del dott. Bell quando sostiene che un ovaio ammalato può colla cura guarire, perchè egli crede che un ovaio una volta ammalato lo è per sempre. Crede che se vi è malattia degli annessi, qualsiasi intervento uterino sarà causa di nuovi mali nelle appendici.

Dott. Routh. — Non crede giusto castrare una donna sino a tanto che non si sia accertato che l'interno dell'utero non è ammalato. Spesso donne sterili per 8-10 anni cominciano ad avere figli.

Dott. Macnaughton Jones. — Quantunque sia d'accordo col dott. Bell nella maggior parte delle sue idee, pure ve ne sono alcune nelle quali la pensa diversamente, per esempio non crede che i tamponi giovino nel mantenere permanentemente l'utero in posto e crede la gonorrea un importante fattore nella produzione dei disturbi pelvici. La vera quistione in discussione è se certe operazioni in date malattie sono o meno completamente autorizzate. Narra il caso di una signora che dopo 16 anni di sofferenze e cure d'ogni qualità riacquistò la salute colla rimozione delle ovaie. Si crede giustificato nel consigliare l'operazione in quei casi disperati di dismenorrea nei quali le altre cure non portano giovamento, nei miomi uterini che minacciano l'esistenza od in quelle malattie delle tube non guaribili cogli altri mezzi siano isolate od associate a malattie uterine, e nei quali le sofferenze costanti rendono miserabile la vita.

Dott. R. Bell. — Ringraziando la Società per l'accoglienza fatta alla sua comunicazione risponde alle varie osservazioni fattegli sostenendo le sue idee.

E. Pinzani. — **Un contributo alla cura del prolasso uterino mediante la colporafia mediana.** — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 17, 1891.

È la relazione di un caso di prolasso completo utero-vaginale nel quale l'A. preferì la colporafia mediana a qualunque altro metodo curativo, ottenendo risultato ottimo che si manteneva anche parecchi mesi dopo che la donna era stata dimessa guarita.

Dott. R. Polacco.

I. Clivio. — **Di un caso di fibromioma cistico dell'utero.** — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 16, 1890.

Dall'esame istituito dall'A. su un polipo esportato dal prof. Cuzzi nella Clinica di Pavia risultò trattarsi di fibromioma cistico. Le ricerche microscopiche da lui istituite lo indussero a concludere che la spiegazione più ovvia è che le cisti derivino da fondi ciechi glandolari rimasti chiusi entro la neoformazione fibromiomatosa.

Dott. R. Polacco.

I. Clivio. — **Contributo alla diagnosi differenziale fra neoformazioni polipose maligne e benigne del collo dell'utero.** — *Riv. di Ostetr. e Gin.* N. 16, 1891.

È un contributo minuzioso ed accurato alla importanza ed ai dati di certezza che l'esame microscopico può conferire a quelli della diagnosi clinica.

Dott. R. Polacco.

Clivio. — **Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi.**

È l'esposizione degli studii fatti dall'A. sull'utero dei conigli e dei topi ch'egli potè avere in serie di sviluppo graduato. Per la fissazione e la conservazione dei pezzi tolti dall'animale appena ucciso adoperò il liquido di Flemming e l'alcool, e fra i mezzi coloranti adoprati (ematossilina, safranina, picrocarmino, carmino alluminico) si loda specialmente del carminio boracico. I pezzi erano poi inclusi nella celloidina e sezionati in serie. Pel rischiaramento delle sezioni e successiva loro conservazione adoprò l'olio di bergamotto e il balsamo del Canadà. Il lavoro è corredato da confronti critici sui risultati di altri autori, e suffragato da una serie di tavole nitide ed accurate.

Studia lo sviluppo placentare in due capitoli differenti per i due mammiferi, seguendolo, per così dire, giorno per giorno. Nel coniglio egli trovò che la mucosa uterina nella sua parte mesometrale all'epoca del calore e nei primi giorni dopo il concepimento, presenta fenomeni di progressione nelle varie parti che la costituiscono, solo l'epitelio dopo una prima rigogliosa proliferazione si arresta e ac-

cenna poi grado grado a regredire. In questa mucosa si neoformano dei capillari a puro endotelio, attorno ai quali si forma uno strato cellulare derivante dalle cellule connettivali vicine. In queste sue conclusioni si trova d'accordo con Masius e con Duval, spiega criticamente le differenze che corrono tra i suoi e gli studii di Masquelin e Swaen, di Mauthner, di Strahl, di Romiti e di Ercolani del quale pone in rilievo i meriti principalissimi nel progresso di questo genere di indagini. Concludendo afferma che nel coniglio la placenta è un organo a derivazione fetale, in cui il sangue materno scorre, senza essere limitato da pareti proprie, entro il tessuto fetale agevolandosi con ciò gli scambii fra madre e feto. Questo fatto si riscontra anche per la placenta del topo, in cui l'ectoderma fetale forma a un certo stadio di sviluppo, uno strato protoplasmatico a nuclei, il quale, per la penetrazione in esso del mesoderma, coi vasi allantoidei fornisce un rivestimento protoplasmatico con nuclei a detti villi. Il sangue materno scorre nella decidua in vasi ectasici limitati dalla sola parete vasale endoteliale, penetra in spazii che trovansi nello strato plasmodiale dell'ectoderma, per giungere poi fra i villi fetali venendo così direttamente a contatto con lo strato ectodermico che tappezza questi villi. In ciò egli si trova d'accordo col Nussbaum e la sua descrizione differisce alquanto da quella dell'Ercolani, il quale non avendo osservate le primissime fasi di sviluppo della decidua potè credere a un disfacimento rapidissimo della mucosa uterina dei topi nel luogo dove si fermarono le uova, e a una successiva neoformazione cellulo-vascolare, che completamente sequestra le uova nel luogo dove si fermarono.

In una terza parte che chiude la monografia, l'A. si occupa dell'origine della decidua e dopo una minuta rassegna delle opinioni di molti scrittori su l'argomento, citando le proprie osservazioni, conclude che gli elementi del connettivo della mucosa uterina diano prevalentemente origine alle cellule della decidua, sebbene non si possa escludere che in alcuni mammiferi e per una certa parte possano concorrere alla formazione della decidua anche i leucociti. E a suffragio di questo suo modo di vedere richiama i suoi esperimenti sul coniglio, il topo e in parte anche su la cavia.

Ma se la mucosa uterina non prende parte alla formazione della placenta quale concetto fisiologico può avere quel rigoglioso sviluppo degli elementi connettivali e quella immigrazione di cellule linfoidi che vengono a costituire la massa deciduale? L'A. inclina a credere col Paladino che la neoformazione deciduale sostituisce la riserva del vitello nutritivo che manca nell'uovo dei mammiferi.

Dott. Maroni.

L. M. Bossi. — **Sulla tubercolina di Koch nel campo ostetrico e ginecologico.** — *Riv. di Ostetricia e Ginecologia*, N. 15, 1890.

È il rendiconto degli effetti ottenuti dall'impiego della tubercolina di Koch, in tre casi di tubercolosi dell'utero, in uno di tubercolosi primitiva della vulva, in uno di lupus della faccia in donna gestante e di tre osservazioni di controprova. — Ritiene che la tubercolina possa servire come mezzo diagnostico e che non lasci completamente disperare anche dal lato terapeutico.

Dott. R. Polacco.

L. M. Bossi. — **L'Hydrastis Canadensis in Ostetricia.** — *Riv. di Ostetricia e Ginecologia*, N. 12 e 13, 1891.

I fatti frequenti di gravi danni imputabili alla improvvida amministrazione di segale cornuta in gravidanza, in sopraparto o nel periodo del secondamento, mossero l'A. ad esperimentare l'Hydrastis nella speranza di trovare in esso una sostanza efficace nelle emorragie puerperali che, agendo sui vasi, non avesse alcun effetto sul muscolo utero, e si potesse quindi liberamente affidare alle levatrici.

Le esperienze fatte nella Clinica di Genova corrisposero pienamente alle idee ed alle speranze dell'A. il quale con dosi di 100 a 200 goccie di Hydrastis date in gravidanza nella giornata e qualche volta solo anche in travaglio, ottenne una costante azione emostatica curativa e profilattica sull'utero. — Inoltre l'Hydrastis si potrebbe usare (in dose alquanto maggiore) per via rettale, e l'effetto ne sarebbe più rapido.

Dott. R. Polacco.

L. M. Bossi. — **Sull'epoca più opportuna per la fecondazione nella donna e sulla vitalità degli spermatozoi messi a soggiornare nel nidus seminis.** — *Riv. di Ostetricia* e *Ginecologia*, N. 10, 1891.

Per ottenere lo scopo che si era prefisso, l'A. stabilì una triplice serie di osservazioni.

Nella prima raccolse un discreto numero di casi clinici nei quali fu possibile stabilire l'epoca precisa della coabitazione *presumibilmente fecondatrice.*

Nella seconda stabilì esperienze di fecondazione artificiale, tenendo calcolo

scrupoloso del rapporto fra il periodo menstruale e il giorno nel quale fu praticata l'iniezione di sperma che fu fecondatrice.

Nella terza determinò la durata della vitalità degli spermatozoi depositati a varie epoche nel fondo di sacco vaginale posteriore. Ecco le conclusioni del lavoro:

1.° La fecondazione consegue sia alle coabitazioni sia alle iniezioni artificiali di liquido spermatico praticate nei primi giorni (fino a 3) che seguono il periodo mestruale.

2.° Gli spermatozoi deposti nel nidus seminis possono rimanervi in stato di vitalità fino a 17 giorni *e ciò più facilmente e per un tempo più lungo nel periodo intermestruo.*

3.° Perciò gli spermatozoi possono rimanere vivi nel nidus seminis fin dopo la cessazione della mestruazione e poi salire a fecondare l'ovulo.

4.° Il limite estremo di 300 giorni concesso dalla legge per la legittimazione della prole, può, in conseguenza delle precedenti conclusioni, essere ritenuto come inferiore al vero.

Dott. R. Polacco.

NOTIZIE

Il dott. Ernesto Pestalozza, medico primo assistente nell'Istituto Ostetrico Ginecologico della R. Università di Pavia, venne nominato professore straordinario di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Università di Genova.

La R. Scuola Pareggiata di Ostetricia per le levatrici in Vercelli cessò di esistere coll'anno scolastico 1890-91. Il dott. Giuseppe Raineri venne assunto alla direzione di quella Maternità.

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Bertazzoli. — Rendiconto clinico dell'anno 1890 dell'Ospizio di S. Caterina in Milano . . . . . *pag.* 361, 425
Caruso. — Un caso singolare di aborto criminoso 507
Curatulo. — Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice e contributo allo studio dell'origine degli elementi della decidua 1, 73
Decio. — Un letto per operazioni ginecologiche ed il piano inclinato nelle laparotomie 511
Giglio. — Il bacillo dell'edema maligno negli ascessi della pelvi 240
Lauro. — Due casi di eliminazione del laccio elastico e della parte strozzata del peduncolo attraverso la cavità del moncone uterino 537
Mangiagalli. — Rendiconto statistico del Comparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, per l'anno 1890 297
Meola. — Contributo alla patologia della placenta 809
Parona. — Caso di lipoma all'ovaia ed ovidotto di destra 103
Piccinini. — Un caso di operazione cesarea alla Porro. . . . . » 843
Pinzani. — Rendiconto statistico-sanitario per l'anno solare 1890 . . . 681
Polacco. — L'ittiolo in ginecologia 193
— Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore con grave emorragia, causata dal coito 629
Pugliatti. — Una operazione cesarea seguita d'amputazione utero-ovarica (Metodo Porro) 635
Romiti. — Statistica di laparotomie 800
Roncaglia. — La forte flessione e l'estensione del capo fattori di compressione del funicolo avvolto al collo del feto 709, 753
Sacchi. — Il parto precoce artificale nelle stenosi pelviche più comuni, studiato dal lato storico e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi 41, 106, 207, 273
Soffiantini. — Sectio media verticalis anterior posterior per cadaveris congelationem secto mense graviditatis 321
Truzzi. — Ancora sui risultati della moderna terapia chirurgica in casi di osteomalacia e sull'indole di tale affezione morbosa 601
— Intorno alle variazioni fisiologiche nella proporzione numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino 725, 786
Tusini. — Sulla struttura di alcuni fibromioni fluttuanti e sulla neoformazione delle fibrocellule muscolari nei fibromiomi dell'utero 473
Villa. — Idramnios acuto. 389, 437, 557

TRADUZIONI.

Hewitt. — Sul vomito incoercibile durante la gravidanza . . . *pag.* 667, 745
Terrillon. — Sarcomi dell'utero 453

10.º Congresso Medico Internazionale di Berlino 119

RASSEGNA.

Acconci. — Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante e partoriente . . . . . *pag.* 258
— Quattro laparotomie. Modificazioni alla sutura dell'utero nel taglio cesareo conservatore 261
Adjourned Discussion on dott. Robert Bell's paper « The treatment of Chronic Disease of the Uterine Adnexa 852
Alexander W. — Sull'influenza reciproca della gravidanza e del parto sulla operazione di Alquiè Alexander 524
Audry. — Note sopra una serie di 25 sezioni peritoneali 342
— Delle recidive aberranti e tardive delle cisti ovariche 343
— Del trattamento della gravidanza extra-uterina mediante la laparotomia 846
Bantock. — Chirurgia addominale e metodo listeriano 337
— Gravidanza ectopica 413
Bell. — Cura delle malattie croniche degli annessi uterini 851
Blanc. — Sulla tossicità orinaria nelle gravide e nelle puerpere 260
Bossi. — Sulla tubercolina di Kock nel campo ostetrico e ginecologico . . 858
— L'Hydrastis Canadensis in Ostetricia 858
— Sull'epoca più opportuna per la fecondazione nella donna e sulla vitalità degli spermatozoi messi a soggiornare nel nidus seminis 858
Chambrelent. — Studio clinico sopra le atrofie congenite o acquisite delle estremità nei suoi rapporti colla gravidanza e nel parto 324
Cheron. — Cellulite pelvica o pelvi-cellulite 331
Clivio. — Di un caso di fibromioma cistico dell'utero 856
— Contributo alla diagnosi differenziale fra neoformazioni polipose maligne e benigne del collo dell'utero 856
— Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi 856
Cucca. — Su di un'operata di sinfisiotomia 268
Curatulo. — Gravidanza in utero didelphys e vagina septa 595
Delbet-Grandmaison-Bresset. — Dell'azione degli antisettici sul peritoneo 525
Dorfler. — La causticazione endouterina al cloruro di zinco nella cura delle metriti e delle endometriti 849
Duebner. — Ricerche sul contenuto emoglobinico del sangue negli ultimi mesi della gravidanza e nel puerperio 253
Edis. — Sui tumori fibrosi sottoperitoneali 414

Engstrom. — Dell'ovariotomia durante la gravidanza . . . . . *pag.* 269
Fantino. — Quattro casi di gravidanza extrauterina operati con successo dal dott. Carle 845
Felizet. — Nuovo trattamento della fistola retto vaginale 355
Frommel. — Due rare anomalie di prima formazione dei genitali muliebri . 352
— Della gravidanza tubarica ripetuta 467
Goodell. — Che cosa io ho imparato a disimparare in ginecologia . . . 521
Grossmann. — Sulla ritenzione e sull'estrazione manuale della placenta . 270
Hartmann. — Dell'isteropexi vaginale nel trattamento delle retro-deviazioni uterine 346
Herff. — Contributo alla teoria dell'eclampsia 527
Hooper. — Caso di ematoma pelvico curato colla laparotomia 850
Jacobs. — Note cliniche operatorie sopra una serie di 50 laparotomie . . 351
Jessett. — Sul trattamento chirurgico del carcinoma uterino 410
Kappeler. — Intorno alla narcosi mediante l'etere e il cloroformio . . . 338
Klaussner. — Un caso di cisti dermoide dell'ovaio 340
Kleinwaechter. — Stringimenti congeniti della vagina 420
Lambinon. — Del danno delle iniezioni di Koch durante la durata della gravidanza 358
Laulanié et Chambrelent. — Ricerche sperimentali sopra la tossicità dell'orina durante la gravidanza 259
Lawson-Tait. — Sui risultati remoti dell'ablazione degli annessi uterini . 596
Le Dentu. — Processo per l'occlusione delle fistole retto-vaginali . . . 350
Lesi. — La terza operazione del Porro 357
Lindemann. — Della partecipazione della vescica agli stati infiammatori e ai neoplasmi degli organi genitali femminili 520
Lindner. — Sul rene mobile. 327
Lomer. — Distocia per tumori ovarici fissi nel piccolo bacino 468
Macan. — Sull'estirpazione vaginale dell'utero 411
Markus. — Tetano puerperale 417
Massarenti. — Frammenti di statistica ostetr., di chirurgia e di ginecol. . 324
Mayo Robson. — Casi di ascessi pelvici trattati colla laparotomia . . . 416
Möbius. — Contributo allo studio della nevrite puerperale 325
Morisani. — Sopra un caso non frequente di distocia fetale 847
Negretto. — Caso di prolasso completo d'utero. Estirpazione totale dalla vagina 340
Negri. — Sulla idrocefalia ripetuta del feto 262
Newmann. — Risultati remoti del raccorciamento dei legamenti rotondi nei casi di spostamento uterino col nuovo metodo o metodo diretto . . 523
Nicolas. — Note sui fibro-miomi uterini 352
Paladini. — Contributo alla pratica della chirurgia addominale 71
Pantaleo. — Sull'intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi 262
Parona. — Note statistiche e cliniche sopra 310 operazioni chirurgiche state eseguite nell'Osped. Magg. di Novara durante il biennio 1888-89 . 71
Pazzi. — Contributo alla statistica ed alla cura della placenta previa centrale, con considerazioni cliniche in proposito 261
Pfeifer. — Intorno ad una speciale forma di tumore del fondo dell'utero (deciduoma maligno) 419

Phocas. — Contributo allo studio del trattamento dei calcoli vescicali nella donna ed in particolare della dilatazione del collo della vescica nella donna . . . . . *pag.* 356
Piccinini. — Esiti e trattamento della gravidanza tubaria 272
Pinzani. — Un contributo alla cura del prolasso uterino mediante la colporafia mediana 855
Poirier. — Linfatici degli organi femminili 65
Prochownick. — La cura della blennorragia recente nella donna colla corrente costante 335
Prokogliewa. — Delle iniezioni ipodermiche d'ergotina e delle loro applicazioni 349
Raffa. — Note statistiche intorno alle operazioni chirurgiche eseguite dal 1879 al 1890 347
Richelot. — Sul trattamento del peduncolo nella isterectomia addominale per mezzo della legatura elastica affondata 343
Rocchi. — Resoconto di 15 mesi della sezione ostetrica e ginecologica di Roma 519
Romiti. — Sull'anatomia dell'utero gravido 401
Sangregorio. — Di alcuni casi di vomito incoercibile in gravidanza . . 520
Schauta. — La castrazione per osteomalacia 263
Segond. — Dell'isterectomia vaginale nel trattamento delle suppurazioni peri-uterine 460
Slavianski. — Sulle infiammazioni delle ovaie 348
Smith, — Osservazioni sugli ascessi pelvici 415
Società di chirurgia di Parigi. — Sul trattamento delle suppurazioni pelviche per mezzo dell' isterectomia vaginale 462
Sperling. — Altri dieci casi di addomino-fissazione dell'utero retroflesso . 469
Tedeschi. — Del passaggio nel latte di alcuni medicamenti 348
Terrillon. — Riflessioni a proposito 200 ovarioromie per cisti dell'ovaio . 344
Truzzi. — Laparoisterectomia sopravaginale per miofibroma edematoso uterino 409
Tuffier. — Della cistopexi, nuova operazione autoplastica destinata a rimediare al cistocele vaginale 345
Turretta. — Storia di cinque laparotomie 337
Worall. — Gravidanza ectopica complicante una gravidanza normale, laparotomia-guarigione 848

SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Associazione Medica Lombarda:
Mangiagalli. — Presentazione di uteri esportati per via vaginale *pag.* 645
Villa. — Un caso d'acondroplasia o del così detto rachitismo micromelico 652
Congresso francese di Chirurgia 598
R. Accademia di Medicina di Torino 755
Società Medico-Chirurgica di Bologna 358
Società di Chirurgia di Parigi 531
Società ostetrico-ginecologica di Parigi 533

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA.

Cura dell'erpete dei genitali — La trementina nelle emorragie post-partum — Cura dello sclerema dei neonati — Il viburnum prunifolium in ostetricia — Pomata per l'ezecma della regione anale e degli organi genitali . . . . . *pag.* 423-424
Pomata contro l'eczema del capezzolo — Il massaggio nella cura degli essudati del piccolo bacino — Cura del catarro uterino — Soluzione contro il vomito incoercibile della gravidanza — Soluzione contro il prurito della vulva — Cocaina ed antipirina contro i vomiti incoercibili — Tintura emostatica — Cura delle metrorragie coll'ergotina amministrata per clistere 470-472
L'alvelos contro il cancro — Galattorea — La caffeina nelle emorragie post-partum — L'hydrastinina in pillole — Unguento contro la pigmentazione delle gravide — Per le vegetazioni dei genitali esterni — Cura dell'endocervicite catarrale — Cura della blenorragia nella donna . 534-536
Il cloroformio contro l'albuminuria gravidica — Minaccia d'aborto — Supposte per cancro d'utero — Pomata per le efelidi delle gravide — Caso di orticaria menstruale guarita colla castrazione — La tintura di iodio contro i vomiti — Il naftolo contro lo spasmo vescicale — I tamponi di glicerina contro il vomito della gravidanza — Valore dell'antipirina come analgesico durante e dopo il parto — Cura della stitichezza nelle gravide — Topico contro il cancro uterino — L'aristolo nella cura delle ragadi della mammella — Effetti dell'acido salicilico sull'utero — Cura della peritonite tubercolare colla puntura evacuatrice seguita da lavatura 677-679

BIBLIOGRAFIA.

Budin et Crouzat. — La pratique des accouchements à l'usage des sages femmes . . . . . *pag.* 680
Grinda. — Tecnique de l'accouchements prématuré 808
La Torre. — Il primo anno di pratica ostetrico-ginecologica a Roma . . 680
Olivier. — Hygiène de la grossesse 808
Studi di Ostetricia e Ginecologia 359

NECROLOGIO.

Carlo Braun v. Fernwald . . . . . *pag.* 360

NOTIZIE *pag.* 859

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*